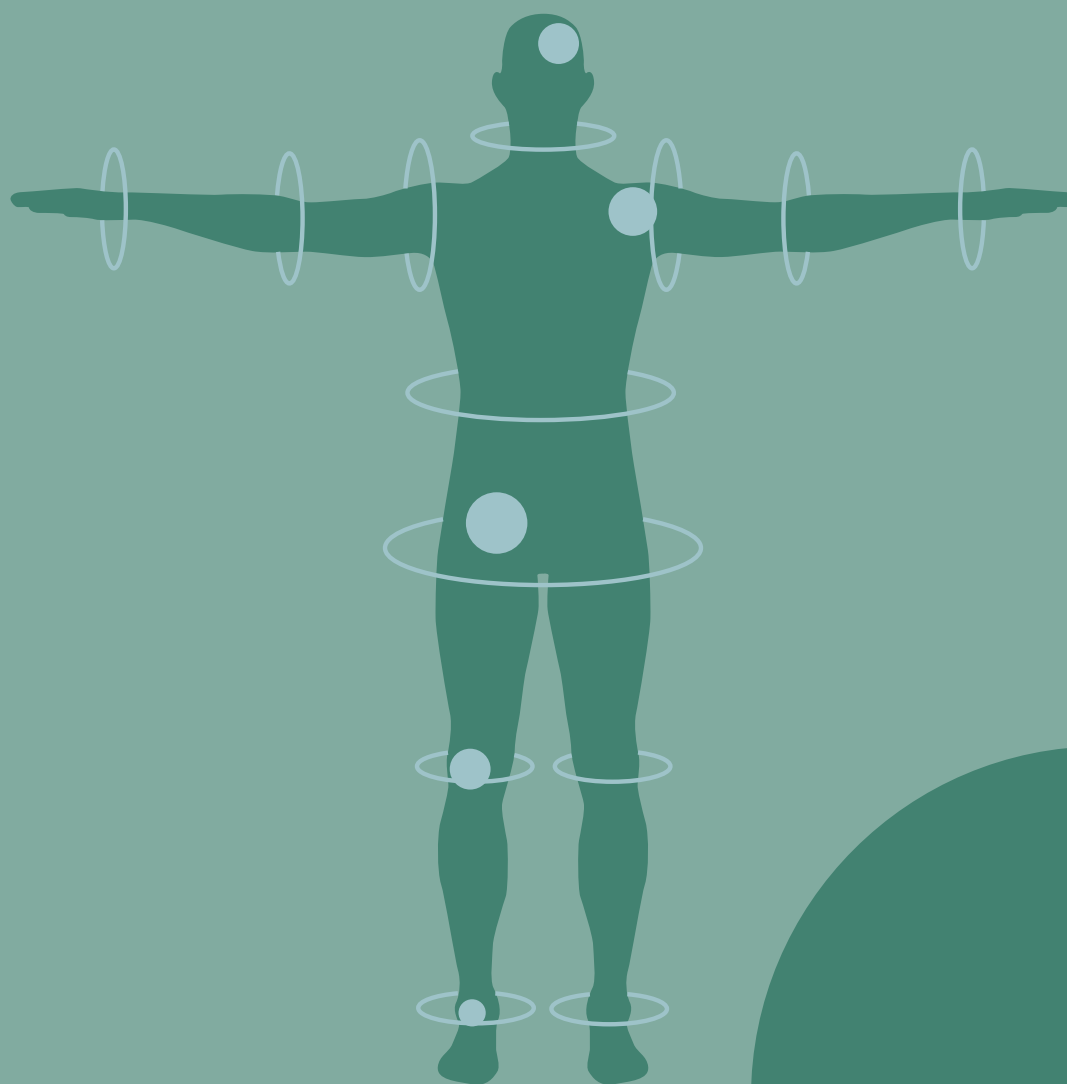


Lydia C. E. Koetz (Org.)

**ANAIS DA I MOSTRA DE TRABALHOS  
ACADÊMICOS DO CURSO DE FISIOTERAPIA:  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA  
SAÚDE/CCBS/UNIVATES**



ISBN 978-85-8167-121-5

EDITORA  
**UNIVATES**

Eduardo Sehnem (Coord.)  
Lydia Christmann Espindola Koetz (Org.)

# **Anais da I Mostra de Trabalhos Acadêmicos do Curso de Fisioterapia: Centro de Ciências Biológicas e da Saúde/ CCBS/Univates**

1ª edição



Lajeado, 2015



**Centro Universitário UNIVATES**

**Reitor:** Prof. Me. Ney José Lazzari

**Vice-Reitor e Presidente da Fuvates:** Prof. Me. Carlos Cândido da Silva Cyrne

**Pró-Reitora de Pesquisa, Extensão e Pós-Graduação:** Profa. Dra. Maria Madelena Dullius

**Pró-Reitora de Ensino:** Profa. Ma. Luciana Carvalho Fernandes

**Pró-Reitora de Desenvolvimento Institucional:** Profa. Dra. Júlia Elisabete Barden

**Pró-Reitor Administrativo:** Prof. Me. Oto Roberto Moerschbaecher



**Editora Univates**

**Coordenação e Revisão Final:** Ivete Maria Hammes

**Editoração:** Glauber Röhrig e Marlon Alceu Cristófoli

**Conselho Editorial da Editora Univates**

**Titulares**

Adriane Pozzobon

Augusto Alves

João Miguel Back

Fernanda Cristina Wiebusch Sindelar

**Suplentes**

Fernanda Scherer Adami

Ieda Maria Giongo

Beatris Francisca Chemin

Ari Künzel

Avelino Tallini, 171 - Bairro Universitário - Lajeado - RS, Brasil

Fone: (51) 3714-7024 / Fone/Fax: (51) 3714-7000

editora@univates.br / <http://www.univates.br/editora>

---

M915 Mostra de Trabalhos Acadêmicos do Curso de Fisioterapia (1. :  
2015 : Lajeado, RS);

Anais da I Mostra de Trabalhos Acadêmicos do Curso de  
Fisioterapia - CCBS, 14 de novembro de 2014, Lajeado, RS / Lydia  
Christmann Espindola Koetz (Org.) - Lajeado : Ed. da Univates, 2015.

58 p.

ISBN 978-85-8167-121-5

1. Fisioterapia 2. Mostra de trabalhos 3. Anais I. Título

CDU: 615.8:061.3

---

Catálogo na publicação – Biblioteca da Univates

**AS OPINIÕES E OS CONCEITOS EMITIDOS, BEM COMO A EXATIDÃO,  
ADEQUAÇÃO E PROCEDÊNCIA DAS CITAÇÕES E REFERÊNCIAS, SÃO  
DE EXCLUSIVA RESPONSABILIDADE DOS AUTORES.**

# I Mostra de Trabalhos Acadêmicos do Curso de Fisioterapia: Centro de Ciências Biológicas e da Saúde/CCBS/Univates

## REALIZAÇÃO

CURSO DE FISIOTERAPIA  
CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIVATES

## COORDENADOR DO EVENTO

EDUARDO SEHNEM

## COMISSÃO CIENTÍFICA

ADRIANA DE PAULA NUNES  
ALESSANDRA KERKHOFF  
BÁRBARA PASSOS DE SÁ  
JOSÉ AUGUSTO KIST  
LUCAS CAPALONGA  
MAIQUEL RICARDO DAHMER  
MARILÚCIA VIEIRA DOS SANTOS

## TRABALHOS DESTAQUE

### CATEGORIA APRESENTAÇÃO ORAL

**20 ANOS DA POLÍTICA NACIONAL DO IDOSO: PERCEPÇÕES DOS GESTORES E IDOSOS SOBRE A POLÍTICA**  
*CÁSSIA LETÍCIA DOS REIS, LYDIA C. E. KOETZ.*

### CATEGORIA - ATENÇÃO FISIOTERAPÊUTICA NA SAÚDE DA COMUNIDADE

**GRUPO DE PROMOÇÃO DE SAÚDE - TEUTÔNIA/RS**  
*ANDRIELLI JOANELLA; EDUARDO SANGALLI; MAIRA GERHARDT; ADRIANA DE PAULA NUNES.*

### CATEGORIA - ATUAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA NOS PROCESSOS DE REABILITAÇÃO

**TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO NA DOENÇA DE PARKINSON: RELATO DE UM CASO**  
*DESIREE CAYE, JOSÉ AUGUSTO KIST.*

### CATEGORIA - PRÁTICAS EM FISIOTERAPIA HOSPITALAR

**INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA AGUDA: AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO DE UM PACIENTE EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**  
*CAROLINE D. GOLDSMITH; DIULI BOHN DOS SANTOS; ALESSANDRA KERKHOFF; LUCAS CAPALONGA.*

### CATEGORIA - ATUAÇÃO DA FISIOTERAPIA A PARTIR DE CONHECIMENTO PRÉVIO

**EFEITOS BIOMECÂNICOS E FISIOLÓGICOS DO USO DO KANGOO JUMPS®**  
*LAURA BASTIANEL, EDUARDO SEHNEM.*

## APRESENTAÇÃO

O Curso de Fisioterapia do Centro Universitário UNIVATES apresenta a produção de sua I Mostra de Trabalhos Acadêmicos. O evento, em sua segunda edição, recebeu esta denominação a partir de 2014, pela necessidade de adequar-se à caminhada conjunta que os cursos da área da saúde vêm realizando na Instituição. Buscamos incessantemente a integração entre as formações, olhando as especificidades do indivíduo, sem esquecer o seu contexto, e o trabalho em conjunto.

Dessa forma emergem produções pautadas no saber coletivo, assim como nas peculiaridades da profissão de fisioterapeuta. Neste ano, foram 45 produções, divididas em quatro categorias. A cada ano, o evento se fortalece com a certeza de que estamos no caminho certo: o acadêmico reconhece seu papel na sociedade à medida que entende que seu conhecimento em construção faz parte de uma grande rede articulada por diversos atores sociais.

*Eduardo Sehnem*

*Coordenador do curso de Fisioterapia e do evento*

## SUMÁRIO

<b>O IMPACTO DA CURES NA FORMAÇÃO PROFISSIONAL DO FISIOTERAPEUTA.....</b>	<b>11</b>
<i>Letícia Bavaresco, Milena Goldoni Bresolin, Francielli Valandro, Lydia C. E. Koetz</i>	
<b>AÇÕES SOCIAIS E DE SAÚDE EM GERONTOLOGIA .....</b>	<b>12</b>
<i>Vanessa Johann, Letícia Bavaresco, João Alberto Fioravante Tassinari, Alessandra Brod</i>	
<b>AÇÕES INTERDISCIPLINARES DE CUIDADOS EM SAÚDE E A INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO EM SAÚDE .....</b>	<b>13</b>
<i>Andressa Vian Federissi, Magali Grave, Marilucia Vieira dos Santos, Regina Pereira Jungles</i>	
<b>EDUCAÇÃO CONTINUADA EM SAÚDE EM UMA INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA .....</b>	<b>14</b>
<i>Simone Ely Weizenmann, Marilucia Vieira dos Santos, Lydia Christmann Espindola Koetz</i>	
<b>AVALIAÇÃO DA ATIVIDADE ELETROMIOGRÁFICA DE TRAPÉZIO SUPERIOR DURANTE A DIGITAÇÃO.....</b>	<b>15</b>
<i>Eliana Biasibetti, Marilucia Vieira dos Santos, Eduardo Sehnem</i>	
<b>GRUPO DE PROMOÇÃO DE SAÚDE-TEUTÔNIA/RS.....</b>	<b>16</b>
<i>Andrieli Joanela, Eduardo Sangalli, Maira Gerhard, Adriana de Paula Nunes</i>	
<b>QUEM SÃO OS IDOSOS DO MUNICÍPIO? PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS IDOSOS CADASTRADOS NO SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA (SIAB), DE UM MUNICÍPIO DO RIO GRANDE DO SUL (RS) .....</b>	<b>17</b>
<i>Bruna Marina, Lydia Christmann Espindola Koetz</i>	
<b>20 ANOS DA POLÍTICA NACIONAL DO IDOSO: PERCEPÇÕES DOS GESTORES E IDOSOS SOBRE A POLÍTICA .....</b>	<b>18</b>
<i>Cássia Letícia dos Reis, Lydia Christmann Espindola Koetz</i>	
<b>LUGAR DA SAÚDE É (TAMBÉM) NA ESCOLA: POSSIBILIDADES DE ATUAÇÃO DO FISIOTERAPEUTA.....</b>	<b>19</b>
<i>Luciana Bortoli Sartori, Gabriele Mello de Carvalho, Daiana Franciele Halmenschlager, Franciele Reis Souza, Lydia Christmann Espindola Koetz</i>	
<b>ANÁLISE ERGONÔMICA DAS ATIVIDADES LABORAIS DE PROFESSORAS DE ESCOLAS DE EDUCAÇÃO INFANTIL .....</b>	<b>20</b>
<i>Eduardo Sehnem, Maiara Diedrich</i>	
<b>ATAXIA DE FRIEDREICH: SINAIS, MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS E TRATAMENTO.....</b>	<b>22</b>
<i>Luís Augusto Reck, Marcelo Brancher Gravina, Magali Quevedo Grave</i>	
<b>PERCEPÇÕES DOS ACADÊMICOS DE HIDROTERAPIA: RELAÇÃO ENTRE A PRÁTICA A E A TEORIA .....</b>	<b>23</b>
<i>Fernanda Bernardon, Juliana Machado, Pamela Presotto, Marilucia dos Santos</i>	

<b>DOENÇA DE MACHADO JOSEPH: SINAIS, MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS E TRATAMENTO .....</b>	<b>24</b>
<i>Bruna De Pauli, Magali Quevedo Grave</i>	
<b>PARALISIA CEREBRAL: SINTOMAS, MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS E FORMAS DE TRATAMENTO .....</b>	<b>25</b>
<i>Taciana Sippel, Magali Quevedo Grave</i>	
<b>DOENÇA DE TAY-SACHS: SINTOMAS, MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS E FORMAS DE TRATAMENTO.....</b>	<b>26</b>
<i>Gilberto Arcari Junior, Magali Quevedo Grave</i>	
<b>MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS EM CRIANÇA COM SÍNDROME DE LEIGH.....</b>	<b>27</b>
<i>Marcelo Brancher Gravina, Magali Quevedo Grave</i>	
<b>ASSIMETRIAS CRANIOFACIAIS NA CRANIOSSINOSTOSE CORONAL UNILATERAL (CCU): SINAIS E MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS.....</b>	<b>28</b>
<i>Camila Antunes, Magali Quevedo Grave</i>	
<b>MIELITE TRANSVERSA: SINTOMAS, MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS E FORMAS DE TRATAMENTO .....</b>	<b>29</b>
<i>Aline Martinazzi, Magali Quevedo Grave</i>	
<b>SÍNDROME DE APERT: MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS E TRATAMENTO.....</b>	<b>30</b>
<i>Juliana de Paula Machado, Magali Quevedo Grave</i>	
<b>SÍNDROME DE PUSHER EM PACIENTES COM AVC: SINAIS, MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS E FORMAS DE TRATAMENTO.....</b>	<b>31</b>
<i>Letícia Ruebenich de Quadros, Magali Quevedo Grave</i>	
<b>SÍNDROME DE MILLER-DIEKER: MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS E TRATAMENTO.....</b>	<b>32</b>
<i>Luana N. Rogéri, Magali Quevedo Grave</i>	
<b>SÍNDROME DE DOWN: SINAIS, MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS E FORMAS DE TRATAMENTO .....</b>	<b>33</b>
<i>Fernanda Bernardon, Magali Quevedo Grave</i>	
<b>NEUROCISTICERCOSE: MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS E INCIDÊNCIA .....</b>	<b>34</b>
<i>Anderson Franco da Cruz, Gilberto Arcari Junior, Magali Quevedo Grave</i>	
<b>SÍNDROME DE ANGELMAN .....</b>	<b>35</b>
<i>Cristian Carlos Klein, Magali Quevedo Grave</i>	
<b>EFEITOS BIOMECÂNICOS E FISIOLÓGICOS DO USO DO KANGOO JUMPS®.....</b>	<b>36</b>
<i>Laura Bastianel, Eduardo Sehnem</i>	
<b>INTERVENÇÃO FISIOTERAPÊUTICA EM PACIENTE COM DOENÇA DE PARKINSON: UM ESTUDO DE CASO .....</b>	<b>37</b>
<i>Rita de Cássia Couto, Gabriele Mello de Carvalho, Magali Teresinha Quevedo Grave</i>	

<b>ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO (AVE): SINTOMAS, MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS E FORMAS DE TRATAMENTO.....</b>	<b>38</b>
<i>Giovana Fagundes, Magali Teresinha Quevedo Grave</i>	
<b>SÍNDROME DE COCKAYNE: SINTOMAS, MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS E FORMAS DE TRATAMENTO.....</b>	<b>39</b>
<i>Gislaine Fontoura Cardoso, Michele Cesar Fagundes, Magali Teresinha Quevedo Grave</i>	
<b>CHARCOT-MARIE-TOOTH: SINTOMAS, MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS E FORMAS DE TRATAMENTO.....</b>	<b>40</b>
<i>Letícia Bergmann, Monique da Silva Costa, Magali Teresinha Quevedo Grave</i>	
<b>DOENÇA DE KRABBE: SINTOMAS, MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS E FORMAS DE TRATAMENTO .....</b>	<b>41</b>
<i>Marciane Colling Schmitt, Magali Teresinha Quevedo Grave</i>	
<b>MIASTENIA GRAVE: SINAIS E MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS .....</b>	<b>42</b>
<i>Mariana Job Kasper, Magali Teresinha Quevedo Grave</i>	
<b>LESÃO MEDULAR ADQUIRIDA: MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS E TRATAMENTO .....</b>	<b>43</b>
<i>Pamela Presotto, Magali Teresinha Quevedo Grave</i>	
<b>SÍNDROME DE RASMUSSEN: SINAIS, MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS E FORMAS DE TRATAMENTO .....</b>	<b>44</b>
<i>Ramon Antônio Giovanaz, Magali Teresinha Quevedo Grave</i>	
<b>SÍNDROME DE REYE: SINTOMAS, MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS E FORMAS DE TRATAMENTO .....</b>	<b>45</b>
<i>Thaís Rodriguez Trindade, Magali Teresinha Quevedo Grave</i>	
<b>INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA AGUDA: AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO DE UM PACIENTE EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA .....</b>	<b>47</b>
<i>Caroline D. Goldsmith, Diuli Bohn dos Santos, Alessandra Kerkhoff, Lucas Capalonga</i>	
<b>DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA: UM ESTUDO DE CASO.....</b>	<b>48</b>
<i>Eduardo Spielmann, Alessandra Kerkhoff, Lucas Capalonga</i>	
<b>FISIOTERAPIA HOSPITALAR NA INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA: UM RELATO DE CASO .....</b>	<b>49</b>
<i>Diuli Bohn dos Santos, Vanessa Cezar da Silva, Caroline Pilz, Alessandra Kerkhoff, Lucas Capalonga</i>	
<b>ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO HOSPITALAR EM PACIENTE COM DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA .....</b>	<b>50</b>
<i>Tais Brugnera, Alessandra Kerkhoff</i>	
<b>AÇÕES FISIOTERAPÊUTICAS DIRECIONADAS AO PROCESSO DE REABILITAÇÃO DE PACIENTE COM AVE NO ÂMBITO HOSPITALAR- RELATO DE CASO.....</b>	<b>51</b>
<i>Débora Juchum, Eliana Biasibetti, Lisene Radaelli, Simone Ely Weizenmann, Lucas Capalonga</i>	



<b>INTERVENÇÃO FISIOTERAPÊUTICA EM PACIENTE COM DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE CIRROSE HEPÁTICA INTERNADO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA (UTI): RELATO DE CASO.....</b>	<b>52</b>
<i>Fabíola Lindemann Ferla, Bruna Marina, Priscila Luisa Simon, Cássia Letícia dos Reis, Alessandra Kerkhoff</i>	
<b>TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO NA DOENÇA DE PARKINSON: RELATO DE CASO.....</b>	<b>54</b>
<i>Desiree Fontanive Caye, José Augusto Kist</i>	
<b>ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NA REABILITAÇÃO DE ENTORSE DE TORNOZELO .....</b>	<b>55</b>
<i>Claudia R Pretto, Maiquel Dahmer</i>	
<b>EFEITOS DA MASSAGEM RÁPIDA NA DOR DE FUNCIONÁRIOS AUXILIARES ADMINISTRATIVOS DE UMA EMPRESA DO VALE DO TAQUARI .....</b>	<b>56</b>
<i>Priscila Luísa Simon, Eduardo Sehnem</i>	
<b>PREVENÇÃO DE QUEDAS EM INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS .....</b>	<b>57</b>
<i>Ana Rafaela Mattes, Débora Kayser Mertens de Quadros, Lydia Christmann Espindola Koetz</i>	
<b>GAMETERAPIA COMO FERRAMENTA DE REABILITAÇÃO NO ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO.....</b>	<b>58</b>
<i>Laura Bastianel, Fernanda Bernardon, Vanessa de C. Cezar da Silva, Melissa Mottin Ghisleni</i>	

# ATENÇÃO FISIOTERAPÊUTICA NA SAÚDE DA COMUNIDADE

# O IMPACTO DA CURES NA FORMAÇÃO PROFISSIONAL DO FISIOTERAPEUTA

*Letícia Bavaresco<sup>1</sup>, Milena Goldoni Bresolin<sup>2</sup>, Francielli Valandro<sup>3</sup>, Lydia C. E. Koetz<sup>4</sup>*

**Contextualização:** Os estágios de Saúde Coletiva compõem o currículo do curso de Fisioterapia do Centro Universitário UNIVATES. Um dos campos de prática desse estágio é a Clínica Universitária Regional de Educação em Saúde (Cures), que tem como proposta qualificar a formação profissional à medida que proporciona ao estagiário o entendimento e a aplicação de conceitos como integralidade na atenção, promoção em saúde e redes de cuidado. **Objetivo:** Refletir sobre a importância do estágio curricular na Cures na formação do profissional fisioterapeuta. **Métodos:** As atividades são realizadas em equipe interdisciplinar, após o recebimento da referência do usuário. A partir disso, é realizado o acolhimento do usuário, com escuta qualificada. Outras atividades são desenvolvidas, como o acompanhamento terapêutico, matriciamento, projeto terapêutico singular, grupos de promoção em saúde e há, ainda, o ambiente diferenciado da sala de espera. **Resultados:** A interdisciplinaridade está fortemente presente e proporciona novos desafios quanto a propostas terapêuticas para o usuário. No trabalho dentro da equipe, deixa-se a formação específica de lado e assume-se o posto de profissionais de saúde, o que muitas vezes é desafiador, pois é preciso trabalhar com diferentes visões e opiniões dentro de um conceito ampliado de saúde. **Conclusão:** O trabalho interdisciplinar beneficia os acadêmicos com o conhecimento adquirido, com a capacidade de pensar em conjunto visando ao bem-estar do usuário em diferentes dimensões, muitas vezes distantes do cotidiano da profissão em si, mas essenciais para alcançar a qualidade de vida necessária a todos os indivíduos articulados na rede.

**Palavras-chave:** Promoção da saúde. Integralidade em saúde. Assistência à saúde.

---

1 Acadêmica do curso de Fisioterapia da Univates.

2 Acadêmica do curso de Fisioterapia da Univates.

3 Acadêmica do curso de Fisioterapia da Univates.

4 Docente do curso de Fisioterapia da Univates.

# AÇÕES SOCIAIS E DE SAÚDE EM GERONTOLOGIA

*Vanessa Johann<sup>5</sup>, Letícia Bavaresco<sup>6</sup>, João Alberto Fioravante Tassinari<sup>7</sup>, Alessandra Brod<sup>8</sup>*

**Contextualização:** O aumento da expectativa de vida da população em geral e a queda das taxas de natalidade deram origem ao fenômeno do envelhecimento populacional, que acarreta preocupação à medida que são identificados aspectos negativos à saúde na terceira idade. Dessa forma, torna-se necessário desenvolver espaços informativos e reflexivos sobre a prevenção de doenças e promoção do bem-estar na terceira idade, além de suprir necessidades locais e regionais em relação a conhecimento e intervenções no envelhecimento. **Objetivos:** O projeto de extensão Ações sociais e de saúde em gerontologia teve início no ano de 2014, no Centro Universitário UNIVATES, tendo partido do interesse em identificar e conhecer o perfil da população idosa da região do Vale do Taquari. **Metodologia:** As ações tiveram início com convite aos 36 gestores municipais da região, dos quais seis comprometeram-se a comparecer no Centro Universitário UNIVATES nas datas agendadas para que os grupos de terceira idade participassem de avaliações quanto a qualidade de vida, cognição, foto-envelhecimento cutâneo, composição corporal, alterações posturais, entre outros. Todos os dados coletados foram tabulados em planilhas do programa Microsoft Excel para posterior análise estatística. **Resultados:** Essas análises ainda não foram finalizadas, mas alguns resultados são perceptíveis, como a necessidade de atuação mais detalhada sobre aspectos da qualidade de vida, de alterações posturais e de foto-envelhecimento dos idosos participantes. Com os resultados, pretende-se detalhar o perfil do idoso da região, além de instrumentalizar o poder público na proposição de novas políticas relacionadas à saúde e à educação do idoso.

**Palavras-chave:** Envelhecimento da população. Qualidade de vida. Saúde do idoso.

---

5 Acadêmica do curso de Fisioterapia da Univates.

6 Acadêmica do curso de Fisioterapia da Univates.

7 Docente do curso de Fisioterapia da Univates.

8 Docente do curso de Educação Física da Univates.

# AÇÕES INTERDISCIPLINARES DE CUIDADOS EM SAÚDE E A INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO EM SAÚDE

*Andressa Vian Federissi<sup>9</sup>, Magali Grave<sup>10</sup>, Marilucia Vieira dos Santos<sup>11</sup>, Regina Pereira Jungles<sup>12</sup>*

**Introdução:** O projeto de extensão Ações interdisciplinares de Cuidados em saúde no bairro Santo Antônio, em Lajeado-RS traz proposta interdisciplinar que visa à formação diferenciada dos estudantes da área da saúde e procura enfatizar a integralidade da atenção em saúde. **Objetivo:** Promover ações interdisciplinares de cuidados em saúde no bairro Santo Antônio, em Lajeado-RS, que contribuam com o processo de formação dos estudantes da Univates, oportunizando aos acadêmicos o conhecimento da realidade social na qual os estudantes estão inseridos, além de identificar diferentes necessidades de cuidado. **Metodologia:** São realizadas visitas domiciliares, a partir das quais são realizadas intervenções conforme a demanda. No decorrer do projeto acontecem as tutorias que são momentos em que professores e voluntários se reúnem promovendo discussões, por meio de questionamentos e reflexões. Também são realizadas rodas de conversas e oficinas com parceiros do projeto. **Resultados:** Atualmente o projeto atende 13 famílias do bairro. Desde sua criação, em 2009, o projeto já contou com a participação de mais de 300 alunos voluntários, e realizou em torno de quatro mil atendimentos diretos à população. No semestre 2014/A foram realizados 208 atendimentos, com a participação de 35 alunos voluntários. Também foi realizada oficina em uma escola do bairro, contando com a participação de 35 crianças, além de voluntário, bolsistas e professores. **Conclusão:** Observa-se que os acadêmicos que participam do projeto denotam compreensão ampliada de situações-problema e desenvolvem visão interdisciplinar na análise dos processos de saúde-doença. Também, famílias atendidas desenvolvem maior autonomia no cotidiano e capacidade de construir vínculos.

**Palavras-chave:** Integralidade. Interdisciplinar. Projeto.

---

9 Acadêmica do curso de Fisioterapia da Univates.

10 Docente do curso de Fisioterapia da Univates.

11 Docente do curso de Fisioterapia da Univates.

12 Docente do curso de Fisioterapia da Univates.

# EDUCAÇÃO CONTINUADA EM SAÚDE EM UMA INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA

*Simone Ely Weizenmann<sup>13</sup>, Marilucia Vieira dos Santos<sup>14</sup>, Lydia Christmann Espindola Koetz<sup>15</sup>*

**Contextualização:** Com o avançar dos anos, a pessoa perde as capacidades funcionais. Diante das dificuldades encontradas pela família de um idoso, há o aumento de busca por serviços e instituições para o atendimento e acompanhamento ao idoso, surgindo, então, a preocupação da educação continuada para os profissionais. **Objetivos:** Identificar o risco de quedas em idosos institucionalizados e propor encontros de educação continuada para prevenção de quedas dos idosos na Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI). **Métodos:** Trata-se de estudo de caso, de caráter transversal, descritivo, com abordagem quali-quantitativa, de intervenção. Participaram da pesquisa quatro idosos com 60 anos ou mais institucionalizados e quatro profissionais, entre eles: estudante, auxiliar e técnico em enfermagem e enfermeiro. Foram realizadas entrevista e aplicação da Escala de Equilíbrio de Berg com os idosos, análise ergonômica da ILPI e aplicação de um questionário com os profissionais. Após foram propostos encontros com os profissionais para discutir a saúde do idoso, a adequação ergonômica e sobre manuseios facilitadores para transferência de postura do idoso. **Resultados:** Todos os idosos avaliados apresentaram 100% de risco de quedas. Observou-se que os perigos ambientais correspondem a riscos de quedas e percebe-se a necessidade do enfoque ergonômico direcionado ao cuidado com os idosos. Os profissionais da ILPI consideram importante a prática educativa, porém poucos demonstraram interesse em participar dos encontros. **Conclusão:** Percebeu-se a necessidade de abordagem em educação continuada aos profissionais com enfoque na saúde do idoso institucionalizado, prevenindo os episódios de queda dos indivíduos.

**Palavras-chave:** Acidentes por quedas. Idoso. Educação em saúde. Fisioterapia.

## Referências

DIAS, B. B. et al. Aplicação da Escala de Equilíbrio de Berg para verificação do equilíbrio de idosos em diferentes fases do envelhecimento. **RBCEH**, Passo Fundo, v. 6, n. 2, p. 213-224, maio/ago. 2009. Disponível em: <<http://www.upf.br/seer/index.php/rbceh/article/view/194/786>>. Acesso em 21 maio 2015.

FERREIRA, T. C. R.; PINTO, D. S.; PIMENTEL, K. A.; JUNIOR, O. S. P. Análise da capacidade funcional de idosos institucionalizados. **RBCEH**, Passo Fundo, v. 8, n. 1, p. 9-20, jan./abr. 2011. Disponível em: <<http://www.upf.br/seer/index.php/rbceh/article/view/387/pdf>>. Acesso em 21 maio 2015.

13 Acadêmica do curso de Fisioterapia da Univates.

14 Docente do curso de Fisioterapia da Univates.

15 Docente do curso de Fisioterapia da Univates.

# AVALIAÇÃO DA ATIVIDADE ELETROMIOGRÁFICA DE TRAPÉZIO SUPERIOR DURANTE A DIGITAÇÃO

*Eliana Biasibetti<sup>16</sup>, Marilucia Vieira dos Santos<sup>17</sup>, Eduardo Sehnem<sup>18</sup>*

**Contextualização:** Os distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho estão presentes na sua grande maioria em indivíduos que realizam atividades repetitivas durante a jornada de trabalho. Atividade repetitiva gera sobrecarga nos músculos, nervos e articulações, que é a responsável pela maioria dos processos inflamatórios em regiões de pescoço e ombros. A eletromiografia de superfície (EMG) é um método preciso para a avaliação da atividade muscular, possibilitando evidenciar e prevenir lesões musculoesqueléticas relacionadas aos esforços repetitivos dos membros superiores.

**Objetivo:** Avaliar atividade elétrica do músculo trapézio em diferentes posturas de digitação.

**Materiais e métodos:** Trata-se de pesquisa de caráter exploratório, descritiva, de abordagem quantitativa. O instrumento utilizado para a avaliação foi a EMG. A colocação dos eletrodos foi no músculo trapézio superior bilateralmente. Participaram do estudo 21 funcionários, de ambos os sexos, com idade média de 24 ( $\pm 6$ ) anos, que realizam atividades de digitação. Foi analisada a atividade elétrica do músculo trapézio sem e com apoio de antebraço. Para análise estatística utilizou-se o teste t para dados pareados. **Resultados:** A diferença entre a digitação com apoio foi significativa em 100% da amostra, quando comparado com a digitação sem apoio, considerando  $p < 0,01$ . **Conclusão:** Conclui-se a digitação com apoio do antebraço produz menor ativação do músculo trapézio superior quando comparado com a postura sem apoio de antebraço.

**Palavras-chave:** DORT. Saúde do trabalhador. Fisioterapia.

---

16 Acadêmica do curso de Fisioterapia da Univates

17 Docente do curso de Fisioterapia da Univates

18 Docentes do curso de Fisioterapia da Univates

## GRUPO DE PROMOÇÃO DE SAÚDE-TEUTÔNIA/RS

*Andrieli Joanela<sup>19</sup>, Eduardo Sangalli<sup>20</sup>, Maira Gerhard<sup>21</sup>, Adriana de Paula Nunes<sup>22</sup>*

**Contextualização:** A Política Nacional de Promoção de Saúde (PNPS) foi publicada em 2006, objetivando promover a qualidade de vida, diminuir o risco em saúde e implementar ações com ênfase na atenção básica. **Metodologia:** Pensando no movimento de promoção de saúde, foi criado o grupo de atividade física em um município do interior do Rio Grande do Sul com o objetivo de promover a melhora da qualidade de vida dos participantes. Podem fazer parte do grupo quaisquer pessoas atendidas pela rede de atenção básica do município, independente de sexo, idade ou doenças associadas, embora a maior participação seja de idosos, precisando apenas se inscrever no início das atividades do grupo no próprio local em que é realizado. São realizados dois encontros semanais, com duração de 30 a 45 minutos cada. Durante a atividade são realizados alongamentos, fortalecimentos musculares, caminhadas orientadas, assim como atividades lúdicas e de integração social, sob orientação de uma das fisioterapeutas da rede de saúde e dos estagiários do curso de Fisioterapia do Centro Universitário UNIVATES. **Resultados:** A partir da realização das atividades em grupo, observaram-se maior participação da comunidade e o envolvimento de alguns familiares e da comunidade em geral. Destaca-se ainda a integração social durante os encontros. Durante as atividades, é cada vez mais explorado o espaço para o esclarecimento de dúvidas acerca de patologias e quadros algícos, e, também, são repassados orientações de cuidados e exercícios domiciliares. **Conclusão:** Espera-se com a continuidade dessas atividades, o aumento no número de participantes, visando à prevenção e à promoção de saúde na comunidade em geral do município.

**Palavras-chave:** Promoção em saúde. Fisioterapia. Saúde do Idoso

### REFERÊNCIAS

SILVA, Kênia Lara et al . Promoção da saúde: desafios revelados em práticas exitosas. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 48, n. 1, Feb. 2014. Disponível em <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102014000100076&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102014000100076&lng=en&nrm=iso)>. Acessado em 22 Out. 2014.

19 Acadêmico do curso de Fisioterapia da Univates.

20 Acadêmico do curso de Fisioterapia da Univates.

21 Acadêmico do curso de Fisioterapia da Univates.

22 Supervisora de estágios do curso de Fisioterapia da Univates.



# QUEM SÃO OS IDOSOS DO MUNICÍPIO? PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS IDOSOS CADASTRADOS NO SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA (SIAB), DE UM MUNICÍPIO DO RIO GRANDE DO SUL (RS)

Bruna Marina<sup>23</sup>, Lydia Christmann Espindola Koetz<sup>24</sup>

**Contextualização:** O aumento da expectativa de vida dos idosos brasileiros já é uma realidade, apesar de esse processo ainda ser pouco compreendido. Portanto, conhecer o perfil epidemiológico dos idosos atendidos em Estratégias de Saúde da Família (ESF) é fundamental para a definição de estratégias de cuidados em saúde para essa população. Para isso, o Sistema de Informação de Atenção Básica (Siab) configura-se com uma importante ferramenta nesse processo. **Objetivos:** Descrever o perfil epidemiológico dos idosos cadastrados no Siab, em 2013. **Métodos:** Estudo exploratório-descritivo, transversal, quantitativo e retrospectivo, realizado em um município do Rio Grande do Sul. Foram incluídos os idosos cadastrados com idade igual ou superior a 60 anos. A análise dos dados foi realizada com o *software* estatístico Bioestat, versão 5.0, e os resultados foram apresentados com média, desvio padrão e correlações e adotado um intervalo de confiança de 5% ( $p < 0,05$ ). **Resultados:** Nesse município há 5.306 idosos cadastrados, e, desses, 3.119 (58,78%) encontram-se na faixa etária dos 60 aos 69 anos. Há maior predominância de mulheres, totalizando 3.010 idosas (56,73%). Os idosos alfabetizados correspondem a 4.754 indivíduos (89,60%). Dentre as doenças ou condições referidas, destaca-se maior prevalência de hipertensão arterial sistêmica (HAS), com percentual de 78,62%, seguido pela diabetes mellitus (DM) com 19,28% da população idosa. **Conclusão:** A alta porcentagem de pessoas idosas com HAS e DM tensiona a necessidade de elaboração de redes de atenção voltadas ao enfrentamento dessas doenças. As ações devem primar pela promoção da saúde dessa população, para evitar ou minimizar morbidades relacionadas a essas condições.

**Palavras-chave:** Idoso. Sistemas de informação. Fisioterapia.

23 Acadêmica do curso de Fisioterapia da Univates.

24 Docente do curso de Fisioterapia da Univates.

## 20 ANOS DA POLÍTICA NACIONAL DO IDOSO: PERCEPÇÕES DOS GESTORES E IDOSOS SOBRE A POLÍTICA

*Cássia Letícia dos Reis<sup>25</sup>, Lydia Christmann Espindola Koetz<sup>26</sup>*

**Contextualização:** Em municípios considerados pequenos, nem sempre se encontra a diversidade de profissionais necessária para contemplar a demanda e as perspectivas da população idosa. Conhecer o perfil da população, suas perspectivas e expectativas sobre saúde possibilita o planejamento de ação eficaz e eficiente em saúde. **Objetivos:** Identificar a percepção dos gestores municipais em relação à saúde do idoso e relacionar com as estratégias de atenção indicadas pelos idosos de um município de pequeno porte do Rio Grande do Sul como importantes para o cuidado em saúde. **Métodos:** Trata-se de estudo descritivo-exploratório e transversal, de abordagem quanti-qualitativa. Foram aplicados 134 questionários semiestruturados aos idosos e entrevistados seis gestores do município. **Resultados:** A análise das entrevistas aponta a falta de conhecimento dos gestores sobre a Política Nacional do Idoso (PNI), verificando-se que o envelhecimento é constantemente relacionado ao adoecimento. Quanto ao perfil dos idosos, identificam-se a predominância do sexo feminino, a idade média de 70 anos e que 74% deles residem com suas famílias. Além disso, percebe-se que os idosos desconhecem seus direitos. **Conclusão:** Os conteúdos que emergem das entrevistas e do questionário levam à reflexão de que, embora a PNI seja um passo importante na evolução das Políticas Públicas, há muito ainda a evoluir. Municípios pequenos contam com parcela expressiva da população brasileira, o que eleva a importância de trazer esse tema para discussão.

**Palavras-chave:** Idosos. Fisioterapia. Políticas públicas.

---

25 Acadêmica do curso de Fisioterapia da Univates.

26 Docente do curso de Fisioterapia da Univates.

# LUGAR DA SAÚDE É (TAMBÉM) NA ESCOLA: POSSIBILIDADES DE ATUAÇÃO DO FISIOTERAPEUTA

*Luciana Bortoli Sartori<sup>27</sup>, Gabriele Mello de Carvalho<sup>28</sup>, Daiana Franciele Halmenschlager<sup>29</sup>, Franciele Reis Souza<sup>30</sup>, Lydia Christmann Espindola Koetz<sup>31</sup>*

**Contextualização:** É na infância que as pessoas estão mais sujeitas a comportamentos de risco para sua estrutura corporal. Esse período é importante para o desenvolvimento motor e a postura adequada ou a correção precoce de desvios posturais possibilitam padrões posturais adequados quando adultos. A escola constitui-se como importante para o desenvolvimento de ações de educação para a saúde, pois oferece a possibilidade de educar por meio da construção de conhecimentos dos diferentes saberes. As atividades em saúde nesse ambiente favorecem ações reflexivas do conceito de saúde, criando oportunidades de identificação de demandas da comunidade escolar. **Objetivo:** Descrever as possibilidades de atuação fisioterapêutica em escolas de Ensino Fundamental. **Métodos:** Estudo descritivo, de intervenção, observacional e qualitativo. Inicialmente são identificadas as necessidades dos escolares, a partir de observações de hábitos posturais e do mobiliário escolar, são realizadas conversas e aplicação de questionário com professores, funcionários e pais e feita avaliação fisioterapêutica individual. Os dados coletados são interpretados e analisados para organização das propostas de intervenções fisioterapêuticas, de forma lúdica, realizada com pequenos grupos de crianças. **Resultados:** O fisioterapeuta deve atuar em equipe multiprofissional e com abordagem interdisciplinar, objetivando a integralidade da assistência. A fisioterapia tem muito a contribuir com o ambiente escolar, devido aos fisioterapeutas serem profissionais capacitados para trabalhar a prevenção e a promoção da saúde, como também com a recuperação corporal, atuando de forma integrada com outros profissionais da saúde. Nas escolas, o fisioterapeuta tem papel fundamental para acompanhar o crescimento e o desenvolvimento corporal de crianças e adolescentes.

**Palavras-chave:** Promoção da saúde. Fisioterapia. Escolares.

27 Acadêmica do curso de Fisioterapia da Univates.

28 Acadêmica do curso de Fisioterapia da Univates.

29 Acadêmica do curso de Fisioterapia da Univates.

30 Acadêmica do curso de Fisioterapia da Univates.

31 Docente do curso de Fisioterapia da Univates.

# ANÁLISE ERGONÔMICA DAS ATIVIDADES LABORAIS DE PROFESSORAS DE ESCOLAS DE EDUCAÇÃO INFANTIL

Eduardo Sehnem<sup>32</sup>, Maiara Diedrich<sup>33</sup>

**Contextualização:** A atividade docente no contexto da Educação Infantil desempenha importante papel social. O professor, além de atuar nos aspectos pedagógicos da formação das crianças, também assume o papel do ato de cuidar. Dessa forma, no desempenho de suas funções, posturas inadequadas e de sobrecarga podem ser adotadas pelos profissionais. O presente estudo tem por objetivo avaliar o risco ergonômico nas principais atividades laborais de professores de escolas de Educação Infantil. **Metodologia:** Foi analisado um total de 31 professores e auxiliares em três diferentes escolas de Educação Infantil. Os professores foram analisados e fotografados no exercício das atividades de alimentar, retirar e colocar no berço, brincar, trocar fraldas e auxiliar nas necessidades fisiológicas das crianças. As posturas foram interpretadas no *software* WINOWAS, que quantifica e atribui um escore de risco ergonômico classificado de 1 a 5, sendo um o de menor risco e cinco o de maior risco ergonômico. **Resultados:** Por meio do uso da ferramenta Winowas, atribuiu-se os seguintes escores para as atividades: Alimentar – 2,4; Brincar - 3,25; trocar fraldas – 3,5; auxílio nas necessidades fisiológicas – 3. **Conclusão:** As atividades laborais realizadas pelos professores oferecem graus variados de risco ergonômico, variando de moderado a elevado risco. Fatores como o mobiliário adequado para as crianças, mas não para os professores, favorecem o desempenho de posturas com frequente flexão de tronco, aumentando o risco de possíveis lesões na coluna. O presente estudo evidencia a necessidade de pensar possíveis adequações na rotina dos docentes, e estimular o autocuidado para o desempenho das atividades com maior condicionamento físico.

**Palavras-chave:** Ergonomia. Crianças. Escolas.

---

32 Docente do curso de Fisioterapia da Univates.

33 Acadêmica do curso de Educação Física da Univates

# ATUAÇÃO DA FISIOTERAPIA A PARTIR DO CONHECIMENTO PRÉVIO

# ATAXIA DE FRIEDREICH: SINAIS, MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS E TRATAMENTO

*Luís Augusto Reck<sup>34</sup>, Marcelo Brancher Gravina<sup>35</sup>, Magali Quevedo Grave<sup>36</sup>*

**Contextualização:** A Ataxia de Friedreich (AF) é uma doença genética de caráter autossômico recessivo. Manifesta-se lenta e progressivamente e pode levar à incapacidade total. **Objetivo:** Descrever sinais, manifestações clínicas e tratamento da AF. **Metodologia:** Pesquisa de cunho bibliográfico, realizada na disciplina de Clínica de Neurologia do curso de Fisioterapia da Univates, na qual foram acessados bancos de dados, como Scielo, Medline e Google Acadêmico. **Revisão:** Na Ataxia de Friedreich, os primeiros sintomas de perda das capacidades funcionais aparecem na adolescência ou início da vida adulta com incoordenação motora, desequilíbrio, nistagmo, fala escandida e arreflexia tendínea profunda. A prevalência na América do Norte e na Europa é de cerca de dois casos por 100.000 habitantes. O gene para a AF se situa na porção proximal do braço longo do cromossomo 9 e, na maioria dos casos, há expansão da repetição de trinucleotídeos GAA (guanina, adenina) no primeiro íntron de um gene que codifica uma proteína denominada frataxina. Os indivíduos afetados herdaram formas anormais da Frataxina de ambos os pais e possuem níveis baixíssimos da proteína, acometendo principalmente a medula. As lesões são marcantes nos tratos espinocerebelares, tratos do funículo posterior e tratos corticoespinhais, bilateralmente, e também acometem difusamente o cerebelo. Em decorrência, os pacientes perdem a função postural antes dos 30 anos de idade. A fala torna-se escandida, pastosa, explosiva, a articulação fica alterada e os movimentos respiratórios tornam-se atáxicos e irregulares. A fraqueza muscular varia desde simples fadigabilidade até severas paralisias, as quais são geralmente mais tardias, começando nas porções distais do corpo. Os déficits sensitivos também são tardios. Os reflexos profundos desaparecem mais cedo nos membros inferiores e, depois, nos superiores. O tratamento fisioterapêutico é realizado a partir de técnicas que promovam o alinhamento biomecânico das articulações corporais, a manutenção da capacidade respiratória, do equilíbrio e dos movimentos voluntários com vistas a minimizar deformidades e potencializar as capacidades funcionais pelo maior tempo possível ao paciente. **Conclusão:** Mesmo sendo uma doença neurodegenerativa progressiva, a Ataxia de Friedreich pode ter o seu curso evolutivo retardado por meio da realização de atividades físicas e tratamento fisioterapêutico especializado.

**Palavras-chave:** Ataxia de Friedreich. Manifestações clínicas. Terapia.

## REFERÊNCIAS

ALBANO, L.M.J; KIM, C.A. Análise clínica e molecular da ataxia de Friedreich: revisão da literatura. *Pediatria, São Paulo*. 2001; 23(3):241-250.

SILVEIRA, B.T; GRAVE, M.T.Q; PÉRICO, E. Ataxia de Friedreich: relato de caso. *Caderno Pedagógico*. 2012; 9(2):49-58.

<sup>34</sup> Acadêmico do curso de Fisioterapia da Univates.

<sup>35</sup> Acadêmico do curso de Fisioterapia da Univates.

<sup>36</sup> Docente do curso de Fisioterapia da Univates.

# PERCEPÇÕES DOS ACADÊMICOS DE HIDROTERAPIA: RELAÇÃO ENTRE A PRÁTICA A E A TEORIA

*Fernanda Bernardon<sup>37</sup>, Juliana Machado<sup>38</sup>, Pamela Presotto<sup>39</sup>, Marilucia dos Santos<sup>40</sup>*

**Contextualização:** Hidroterapia, também conhecida como fisioterapia aquática, é uma atividade terapêutica que consiste na realização de exercícios dentro de uma piscina com água em torno de 34°C, tendo como benefícios melhora da circulação sanguínea, diminuição da dor, aumento da amplitude de movimento e melhora da capacidade aeróbica do bem-estar emocional. A disciplina de Hidroterapia objetiva favorecer o conhecimento sobre os efeitos fisiológicos e biofísicos da água, o conhecimento prático e teórico das técnicas de hidroterapia combinadas com cinesioterapia na água, além de capacitar o aluno para planejar, elaborar e executar técnicas de acordo com o caso clínico. **Objetivo:** Descrever a percepção de acadêmicos de Hidroterapia relacionando a aula prática e a teórica. **Metodologia:** A partir de revisão bibliográfica, foi realizado levantamento de dados com a turma de 17 alunos da disciplina de Hidroterapia do semestre 2014/B do curso de Fisioterapia da Univates/RS sobre a percepção da relação entre a teoria e a prática clínica na disciplina. **Resultados esperados:** De acordo com a opinião dos acadêmicos envolvidos na pesquisa, evidenciam-se relatos sobre a importância da relação entre a teoria e a prática, uma vez que o aprendizado se torna efetivo quando se pode colocar em prática o que foi estudado em sala de aula. Além disso, as aulas práticas podem auxiliar na perda da inibição perante o paciente, aprimorar a autonomia de decisão em intercorrências no momento do atendimento e a comunicação profissional e favorecer a postura ético-profissional. Dessa forma, o aluno estará mais preparado para os estágios supervisionados a serem realizados no final do curso e para o enfrentamento das futuras demandas clínicas, depois de diplomado.

**Palavras-chave:** Hidroterapia. Fisioterapia. Ensino terapêutico.

37 Acadêmica do curso de Fisioterapia da Univates.

38 Acadêmica do curso de Fisioterapia da Univates.

39 Acadêmica do curso de Fisioterapia da Univates.

40 Docente do curso de Fisioterapia da Univates.

# DOENÇA DE MACHADO JOSEPH: SINAIS, MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS E TRATAMENTO

*Bruna De Pauli<sup>41</sup>, Magali Quevedo Grave<sup>42</sup>*

**Contextualização:** A doença de Machado Joseph (DMJ) ou ataxia espinocerebelar tipo III é uma doença autossômica dominante, de caráter degenerativo, que acomete o cerebelo de forma lenta e progressiva. No Brasil, dentre as ataxias, é a de maior incidência. **Objetivo:** Descrever sinais, manifestações clínicas e formas de tratamento da doença de Machado Joseph. **Metodologia:** Pesquisa de cunho bibliográfico, realizada na disciplina de Clínica de Neurologia do curso de Fisioterapia da Univates, na qual foram acessados bancos de dados como Scielo, Medline e Google Acadêmico. **Revisão:** Na doença de Machado Joseph ocorre aumento no número de repetições do trinucleotídeo CAG (citosina-adenina-guanina), por instabilidade do DNA que acaba por favorecer essas repetições exageradas, ocasionando distúrbios no cerebelo. Enquanto nos indivíduos normais a repetição de um triplete de CAG encontra-se abaixo de 40 vezes, nos indivíduos portadores dessa doença, essa repetição é superior a 60 vezes, podendo chegar a 84 repetições. Levantamentos epidemiológicos apontam que, no Brasil, as manifestações clínicas da DMJ surgem por volta dos 40 anos de idade e, em alguns relatos, aos 25 anos. Em outras populações, essas manifestações, assim como a faixa etária, podem variar. A sintomatologia da DMJ está relacionada a lento progresso e se caracteriza, clinicamente, por manifestações cerebelares, sinais piramidais e extrapiramidais. Distúrbios no cerebelo costumam ocasionar déficits na velocidade, amplitude e força dos movimentos, levando a um quadro de diminuição da coordenação motora, com a presença de dismetria, disdiadococinesia, tremor por ação, nistagmo, oftalmoplegia, disartria, desequilíbrio, ou dificuldade de manter o equilíbrio nas posições sentada e de pé, marcha atáxica ou ebriosa. As alterações quanto aos tônus musculares podem variar entre hipotonia, hipertonia com hiperreflexia ou arreflexia. A fisioterapia tem papel importante na melhoria da qualidade de vida dessas pessoas: exercícios motores e respiratórios em solo e na piscina são recomendados. **Conclusão:** A doença de Machado Joseph é degenerativa e ainda não tem cura, porém, o diagnóstico precoce e o acompanhamento por profissionais da área da saúde minimizam as manifestações da doença e promovem melhoria da qualidade de vida das pessoas acometidas por essa patologia.

**Palavras-chave:** Síndrome. Sintomas. Tratamento.

## REFERÊNCIAS

- ARAUJO, M.J.L.; CARDOSO, P.L.; SILVA, L.C.; OLIVEIRA, D.A. A Atuação da Fisioterapia Neurofuncional na Doença de José-Machado: Relato de Caso. *Neurobiologia*, 73 (1) jan./mar., 2010.
- SUDARSKY, L.; COUTINHO, P. Machado-Joseph disease. *Clin. Neurosc.* 3 (2):17-22, 1995.

41 Acadêmica do curso de Fisioterapia da Univates.

42 Docente do curso de Fisioterapia da Univates.



# PARALISIA CEREBRAL: SINTOMAS, MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS E FORMAS DE TRATAMENTO

Taciana Sippel<sup>43</sup>, Magali Quevedo Grave<sup>44</sup>

**Contextualização:** Paralisia cerebral (PC), também denominada de encefalopatia crônica não progressiva da infância, é consequência de lesão estática, ocorrida nos períodos pré, peri ou pós-natal, que afeta o sistema nervoso central em fase de maturação estrutural e funcional. É uma disfunção sensório-motora, envolvendo distúrbios nos tônus musculares, na postura e na movimentação voluntária. **Objetivo:** Descrever sintomas, manifestações clínicas e formas de tratamento da PC. **Metodologia:** Pesquisa de cunho bibliográfico, realizada na disciplina de Clínica de Neurologia do curso de Fisioterapia da Univates, no semestre 2014/B, na qual foram acessados bancos de dados, como Scielo, Medline, Google Acadêmico. **Revisão:** A etiologia da PC decorre tanto de fatores exógenos quanto de fatores endógenos, como prematuridade, infecções da gestante, circular de cordão, diminuição de oxigenação cerebral, entre outros. Exames de sangue, tomografia computadorizada do crânio, ressonância nuclear magnética do crânio, exame oftalmológico e eletroencefalograma são indicados. O diagnóstico da PC usualmente envolve retardo ou atraso no desenvolvimento motor, persistência de reflexos primitivos, podendo haver distúrbios associados. A doença caracteriza-se pela falta de controle sobre os movimentos, por modificações adaptativas do comprimento muscular e, nos casos mais graves, em deformidades ósseas. O comprometimento neuromotor mais frequente na PC é a forma espástica, decorrente de lesão no sistema piramidal. Dependendo da localização e da extensão do comprometimento, manifesta-se por monoplegia, hemiplegia, diplegia, triplegia ou tetraplegia. Nas formas espásticas, encontram-se hipertonía muscular extensora e adutora dos membros inferiores, hiperreflexia profunda e sinal de Babinski. Além do distúrbio motor, obrigatório para a caracterização da paralisia cerebral, o quadro clínico pode incluir deficiência mental, déficits visuais, crises epilépticas, distúrbios ortopédicos etc. **Conclusão:** Os pacientes com PC devem ser tratados por equipe multidisciplinar, incluindo pediatras, neurologistas, cardiologistas, psicólogos, fonoaudiólogos e fisioterapeutas, tendo estes últimos profissionais fundamental importância na prevenção de deformidades, na diminuição das manifestações clínicas e na estimulação das habilidades motoras, a partir de diferentes métodos utilizados em fisioterapia que serão empregados de acordo com o quadro clínico e com a necessidade individual de cada paciente.

**Palavras-chave:** Paralisia cerebral. Manifestações clínicas. Tratamento.

## REFERÊNCIAS

LEITE, JMRS; PRADO, GF. Paralisia cerebral. Aspectos fisioterapêuticos e clínicos. *Neurociências*. 2010;12(3):18-28.

MANCINI, Marisa; FIÚZA, Patrícia; REBELO, Jerusa; MAGALHÃES, Livia; COELHO, Zélia; PAIXÃO, Maria Lúcia. Comparação do desempenho de atividades funcionais em crianças com desenvolvimento normal e crianças com paralisia cerebral. *Arq. Neuropsiquiatr*. 2002;60 (2-B): 446-452.

43 Acadêmica do curso de Fisioterapia da Univates.

44 Docente do curso de Fisioterapia da Univates.

# DOENÇA DE TAY-SACHS: SINTOMAS, MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS E FORMAS DE TRATAMENTO

*Gilberto Arcari Junior<sup>45</sup>, Magali Quevedo Grave<sup>46</sup>*

**Contextualização:** A doença de Tay-Sachs (DTS), uma gangliosidose GM2, que são glicolipídios responsáveis pela mielinização, para integridade do axônio neural e para transmissão de impulso nervoso, apresentando um padrão de herança autossômico recessivo, é uma desordem neurodegenerativa, na qual ocorre um acúmulo intralisossomal do gangliosídeo GM2 devido à deficiência da enzima hexosaminidase A, particularmente nas células neuronais. **Objetivo:** Apresentar as manifestações clínicas da doença de Tay-Sachs, formas de tratamento e manejo da doença, tendo o fisioterapeuta papel importante no tratamento. **Metodologia:** Pesquisa de cunho bibliográfico, realizada na disciplina de Clínica de Neurologia do curso de Fisioterapia da Univates, na qual foram acessados bancos de dados, como Google Acadêmico e Scielo. **Manifestações Clínicas:** A DTS se manifesta de três formas: na forma aguda ou infantil o bebê nasce aparentemente normal, porém, entre os três meses e os dois primeiros anos, as habilidades psicomotoras adquiridas até então começam a regredir, com perda do controle da cabeça, hipotonia, diminuição da acuidade visual, convulsões a partir do décimo segundo mês e macrocefalia. Do segundo ano de vida em diante há deteriorização progressiva e rápida do desenvolvimento, levando ao estado vegetativo e, conseqüentemente, ao óbito, normalmente por parada cardiorrespiratória. Na fase subaguda, entre dois e dez anos de vida, há desenvolvimento de ataxia, demência, espasticidade, declínio motor e da cognição até chegar ao estado vegetativo. Na fase crônica, fraqueza muscular, distonia, coreoatetose, ataxia e disartria. **Tratamento:** O tratamento visa à manutenção da hidratação, da nutrição, prevenção de doenças infecciosas, controle de convulsões e diminuição de deformidades osteomusculares decorrentes da imobilidade. **Conclusão:** A doença de Tay-Sachs é uma doença rara, progressiva e gravemente incapacitante, na qual a fisioterapia motora e respiratória desempenha papel importante no sentido de retardar e/ou minimizar algumas das manifestações clínicas dessa doença, podendo proporcionar melhoria na qualidade de vida dos pacientes diagnosticados com essa patologia.

**Palavras-chave:** Síndrome. Sinais e sintomas. Terapia.

## REFERÊNCIAS

ROZENBERG R, Pereira LD. The frequency of Tay Sachs disease causing mutations in the Brazilian Jewish population justifies a carrier screening program. *São Paulo Medical Journal* 119(4):146-9, jul 2001.

<sup>45</sup> Acadêmico do curso de Fisioterapia da Univates.

<sup>46</sup> Docente do curso de Fisioterapia da Univates.

# MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS EM CRIANÇA COM SÍNDROME DE LEIGH

Marcelo Brancher Gravina<sup>47</sup>, Magali Quevedo Grave<sup>48</sup>

**Contextualização:** A Síndrome de Leigh (SL) ou encefalomielopatia necrosante é uma doença progressiva que se define por características neuropatológicas específicas. Na maioria dos casos tem transmissão autossômica recessiva, mas pode ter transmissão ligada ao cromossoma X ou ser de hereditariedade materna. **Objetivo:** Descrever sinais, sintomas, manifestações clínicas e formas de tratamento da SL. **Metodologia:** Pesquisa de cunho bibliográfico, realizada na disciplina de Clínica de Neurologia do curso de Fisioterapia da Univates, na qual foram acessados bancos de dados, como Scielo, Medline e Google Acadêmico. **Revisão:** A etiologia da SL é diversa, mas as causas estão ligadas a um defeito da produção aeróbia da energia, sendo essa a principal causa de defeito na fosforilação oxidativa e geração de Trifosfato de Adenosina (ATP celular). A idade de início dessa doença é variada e ocorre em geral nos primeiros dois anos de vida, podendo ocorrer manifestações no adulto jovem. O início dos sintomas ocorre de forma subaguda ou abrupta, podendo em alguns casos ser precipitado por episódios febris ou por procedimentos cirúrgicos. As manifestações clínicas são diferentes, dependendo da idade em que aparecem: em menores de um ano ocorrem perda do controle de cabeça, hipotonia, dificuldades no sugar, anorexia, vômitos, irritabilidade e convulsões. Quando a doença se manifesta após os doze meses há dificuldades na marcha, ataxia, regressão intelectual, distúrbios da respiração e alterações oftalmológicas. Os sinais e sintomas neurológicos mais específicos são as supressões dos reflexos tendinosos com sinal de Babinski e hiperventilação intermitente. Os achados oftalmológicos mais comuns são o nistagmo, movimentos oculares peculiares e menos frequentemente a oftalmoplegia e a atrofia óptica. Exames, como ressonância magnética, tomografia computadorizada, além de exames de sangue são indicados. Vitaminas B1, B2 e a coenzima Q ajudam no controle das manifestações da SL. **Conclusão:** Essa é uma síndrome que não possui cura, porém seus sinais e sintomas podem ser controlados a partir da atuação de equipe multiprofissional, incluindo pediatras, neurologistas, cardiologistas, psicólogos, fisioterapeutas, dentre outros, com medidas que minimizem as manifestações da doença e melhorem a qualidade de vida das pessoas acometidas pela patologia. O uso de medicações anticonvulsivantes, controle da disfunção endócrina, controle dietético e fisioterapia são indicados.

**Palavras-chave:** Síndrome de Leigh. Sinais e sintomas. Tratamento.

## REFERÊNCIAS

ROMA, A.C.; PEREIRA, P.R.A.; DANTAS, A.M. Síndrome de Leigh: relato de caso. *Arq Bras Oftalmol.* 2008;71(1):118-21.

ROMERO, C.; ALVAREZ, M.G.; STORINO, O.; TARAUTO, A.L.; ALFONO, J.M.; MASSARO, M.; MIEL, F. Síndrome de Leigh: Diagnóstico diferencial en lesiones de tronco cerebral. *Revista Neurológica Argentina* 2004; 29: 166-168.

<sup>47</sup> Acadêmico do curso de Fisioterapia da Univates.

<sup>48</sup> Docente do curso de Fisioterapia da Univates.

# ASSIMETRIAS CRANIOFACIAIS NA CRANIOSSINOSTOSE CORONAL UNILATERAL (CCU): SINAIS E MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

Camila Antunes<sup>49</sup>, Magali Quevedo Grave<sup>50</sup>

**Contextualização:** O termo craniossinostose se refere à fusão prematura de uma ou mais suturas do crânio. A craniossinostose coronal unilateral (CCU) ocorre devido à fusão prematura da sutura coronal, sendo a segunda sinostose mais frequente. **Objetivo:** Descrever sinais, manifestações clínicas e tratamento da CCU. **Metodologia:** Pesquisa de cunho bibliográfico, realizada na disciplina de Clínica de Neurologia do curso de Fisioterapia da Univates, por meio do acesso a banco de dados, como Scielo, Medline e Google Acadêmico. **Revisão:** Na CCU as alterações morfológicas derivam de um mecanismo de compensação do crescimento cerebral sob o esqueleto craniano, normalmente em direção às suturas que estão abertas, causando sérias deformidades craniofacial nas crianças acometidas por essa doença. A cirurgia de cranioplastia e descompressão da base do crânio é indicada precocemente, antes dos 12 meses de idade, no intuito de obter espaço suficiente no crânio para o crescimento cerebral, para simetria facial e posicionamento das órbitas oculares. O principal objetivo da intervenção cirúrgica é interromper os efeitos deletérios dessa disfunção. A craniossinostose também pode estar associada a hipertensão craniana, mesmo quando apenas uma sutura está comprometida, o que pode levar ao déficit no desenvolvimento neurocognitivo. O alívio imediato dos sintomas clínicos ocorre logo após o processo cirúrgico, possibilitando o desenvolvimento craniofacial normal. O esqueleto craniofacial de uma criança de três a cinco meses de idade é maleável e fácil de remodelar. As falhas ósseas pós-operatórias sofrem reossificação devido ao potencial osteogênico da dura-máter e do periósteo em pacientes menores de um ano de idade. Dessa forma, notam-se os benefícios da cirurgia precoce. **Conclusão:** A mensuração das estruturas craniofaciais é essencial para o diagnóstico e acompanhamento da evolução do crescimento craniano em crianças com craniossinostose, além de indicar a eficácia da intervenção cirúrgica. Percebe-se que o tratamento cirúrgico precoce proposto para crianças com CCU se mostra eficiente para obtenção de simetria craniofacial, o que demonstra ser benéfico para o desenvolvimento cerebral e a diminuição do risco de déficit cognitivo, trazendo, também, benefícios estéticos.

**Palavras-chave:** Craniossinostose. Manifestações clínicas. Tratamento cirúrgico.

## REFERÊNCIAS

- FREITAS, R.S.; ALONSO N.; SHIN J.; PERSING J.: Assimetrias cranianas em crianças: diagnóstico diferencial e tratamento. *Rev Bras Cir Craniomaxilofac* 2010; 13(1): 44-8
- PEROSA, G. B.; ZANINI, S. A.: Desenvolvimento intelectual e craniossinostose. *Cirurgia craniofacial: malformações*. Rio de Janeiro: Revinter, p. 145-152, 2000.

<sup>49</sup> Acadêmica do curso de Fisioterapia da Univates.

<sup>50</sup> Docente do curso de Fisioterapia da Univates.

# MIELITE TRANSVERSA: SINTOMAS, MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS E FORMAS DE TRATAMENTO

*Aline Martinazzi<sup>51</sup>, Magali Quevedo Grave<sup>52</sup>*

**Contextualização:** A Mielopatia por Deficiência de Vitamina B12 apresentando-se como Mielite Transversa (MT) é uma doença neurológica, que se caracteriza principalmente por manifestar inicialmente parestesias e fraqueza muscular generalizada, comprometendo os quatro membros em um padrão simétrico, com fadiga, adormecimento e/ou formigamento em membros superiores e inferiores. **Objetivo:** descrever sinais, manifestações clínicas e formas de tratamento da Mielite Transversa. **Metodologia:** Pesquisa de cunho bibliográfico, realizada na disciplina Clínica de Neurologia do curso de Fisioterapia da Univates, na qual foram acessados bancos de dados como Scielo, Medline e Google Acadêmico. **Revisão:** A mielite transversa caracteriza-se por um acometimento do cordão posterior cervical e/ou torácico da medula espinhal, com comprometimento dos tratos córtico-espinhais lateral e anterior, da coluna dorsal e do trato espino-talâmico. Sua incidência é rara, tendo um a quatro indivíduos para um milhão de pessoas. O diagnóstico é alcançado por meio do histórico clínico de exame físico detalhado. O diagnóstico laboratorial da mielite transversa baseia-se na dosagem sérica de cianocobalamina ou homocisteína, que na maioria dos casos se encontra diminuída, e da excreção urinária de ácido metilmalônico. Exame do líquido cefalorraquidiano, ressonância nuclear magnética, eletroneuromiografia e hemograma são indicados. Não há predisposição familiar nem sexual para a ocorrência da MT. Acredita-se que essa afecção resulte da ativação anormal do sistema imunológico contra a medula espinhal. O tratamento consiste na reposição de vitamina B12 e a resposta depende da gravidade do caso e do tempo transcorrido entre o início dos sintomas e o início do tratamento, evidenciando-se após três a seis meses de tratamento. Após esse período a recuperação é lenta, podendo até durar anos. Os sintomas neurológicos compreendem alterações cognitivas, distúrbios esfinterianos, diminuição da visão, deficiências motoras simétricas com graus variados de espasticidade associados a hiper ou hiporreflexia, ataxia, parestesias e alterações da sensibilidade profunda. Nesses casos, a fisioterapia motora se faz importante e necessária para a melhoria das condições de vida de pessoas acometidas por MT. **Conclusão:** A mielopatia por deficiência de vitamina B12 é uma doença tratável, que, se for diagnosticada no tempo certo, tem prognóstico favorável.

**Palavras-chave:** Mielite transversa. Manifestações clínicas. Tratamento.

## REFERÊNCIAS

VASCONCELOS, L.F.; CORREA, R.B.; et al. Mielopatia por Deficiência de Vitamina B12 apresentando-se como Mielite Transversa. *Arq Neuropsiquiatria*. 2002; 60(1):150-154.

VITAL, R.; LEITÃO, M.B.; DE MELLO, M. Avaliação clínica dos atletas paraolímpicos. *Ver BrasMed Esporte*. 2012;8(3):18-24.

<sup>51</sup> Acadêmica do curso de Fisioterapia da Univates.

<sup>52</sup> Docente do curso de Fisioterapia da Univates.

# SÍNDROME DE APERT: MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS E TRATAMENTO

Juliana de Paula Machado<sup>53</sup>, Magali Quevedo Grave<sup>54</sup>

**Contextualização:** A Síndrome de Apert, também denominada de acrocefalossindactilia é uma manifestação rara, na qual as pessoas acometidas apresentam craniossinostose e sindactilia. A etiologia é hereditária, autossômica dominante e em muitos casos representa novas mutações esporádicas, associadas a idade avançada dos pais. **Objetivo:** Descrever manifestações clínicas e tratamento da Síndrome de Apert (SA). **Metodologia:** Pesquisa de cunho bibliográfico, realizada na disciplina de Clínica de Neurologia do curso de Fisioterapia da Univates, na qual foram acessados bancos de dados como Scielo, Medline e Google Acadêmico. **Revisão:** A SA caracteriza-se por distúrbio severo do desenvolvimento craniofacial, incluindo sinostose bilateral da sutura coronal, associada a hipoplasia maxilar, exoftalmia, hipertelorismo e sindactilia simétrica de mãos e pés. O nariz pode ser pequeno e em bico de papagaio e a cabeça é braquicefálica com fronte alta e proeminente. Na acrocefalossindactilia, encontra-se uma massa mediodigital no lugar da mão, que consiste em sindactilia dos tecidos ósseos dos dedos. As unhas dos dedos da massa mediosagital que forma a mão são contínuas, ou parcialmente contínuas, com alguma segmentação; os dedos podem ser curtos, havendo sindactilia cutânea de todos os dedos, com ou sem sindactilia ósea, sendo as extremidades do polegar muitas vezes grossas e malformadas. Anquilose articular e anomalias da coluna vertebral são comuns. Frequentemente observam-se má oclusão, facetas com desgastes anormais e erupção atrasada dos dentes. Além das deformidades físicas, atraso mental também ocorre. Os efeitos estéticos e funcionais da síndrome podem ser tratados por várias especialidades, incluindo fisioterapeutas, pedagogos, psicólogos e médicos. **Conclusão:** Pessoas comprometidas pela síndrome, com a evolução da tecnologia na área da saúde, atualmente podem levar uma vida relativamente normal. O tratamento cirúrgico corretivo das deformidades craniofaciais e da sindactilia é de extrema importância, no sentido de impedir e/ou minimizar distúrbios neurológicos, melhorar a aparência dessas crianças e maximizar o desenvolvimento de habilidades funcionais, proporcionando autoestima e melhoria na qualidade de vida.

**Palavras-chave:** Síndrome de Apert. Manifestações clínicas. Tratamento.

## REFERÊNCIAS

LONGHI, Ivone; SILVE, Soluete Oliveira. Síndrome de Apert. **RBCEH**. v.7, n.1, p. 55-60, Passo Fundo, Jan./Jun.2002.

MARTINS, Ramon. Avaliação da síndrome de Apert por meio da tomografia computadorizada. **Braz. oral res.** vol.18 n.1, p. 12-18. São Paulo, Jan./Mar.2004.

53 Acadêmica do curso de Fisioterapia da Univates.

54 Docente do curso de Fisioterapia da Univates.

# SÍNDROME DE PUSHER EM PACIENTES COM AVC: SINAIS, MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS E FORMAS DE TRATAMENTO

Letícia Ruebenich de Quadros<sup>55</sup>, Magali Quevedo Grave<sup>56</sup>

**Contextualização:** Síndrome de *Pusher* (SP) é uma alteração de controle postural que acomete cerca de 10% dos pacientes com diagnóstico de acidente vascular cerebral (AVC). Estes apresentam alteração de tônus muscular, do alinhamento biomecânico, deformidades, encurtamentos musculares e neurais, o que diminui significativamente sua qualidade de vida. **Objetivo:** Conhecer as manifestações clínicas da SP e sua interferência na evolução do tratamento dos pacientes com AVC. **Metodologia:** Pesquisa de cunho bibliográfico, realizada na disciplina de Clínica de Neurologia do curso de Fisioterapia da Univates, na qual foram acessados bancos de dados, como Scielo, Medline e Google Acadêmico. **Revisão:** Os AVCs constituem algumas das principais causas de morte e incapacidade em adultos, desencadeando um relevante impacto econômico. Entre as alterações encontradas em pacientes com AVC está a SP ou Síndrome do Empurrador. Essa alteração caracteriza-se pela inclinação postural para o lado oposto à lesão encefálica, descarga de peso para o lado plégico, desequilíbrio, lateropulsão e resistência à correção passiva, podendo retardar a recuperação da funcionalidade, do equilíbrio e da marcha dos pacientes. Há alteração na percepção postural vertical como consequência de um conflito sensorial, de modo que apesar de os pacientes acreditarem estar alinhados, encontram-se em cerca de 18° de inclinação para o lado ipsilesional. A SP manifesta-se por meio do deslocamento do centro de massa para o lado plégico toda vez que o paciente tenta ficar em posição ortostática ou em sedestação. Existe discordância com relação à prevalência, fisiopatologia e tratamento da síndrome, em função da falta de padronização para seu diagnóstico. **Conclusão:** A incidência da SP depende dos critérios clínicos utilizados para o diagnóstico, porém, estudos mostram que há maior acometimento da artéria cerebral média, do lobo parietal e de pacientes com AVC isquêmico. Ela interfere diretamente e negativamente no tratamento dos pacientes com AVC, podendo aumentar a severidade da patologia e o grau de dependência. Por se tratar de uma alteração sensorial, além da fisioterapia motora, há necessidade de se utilizar técnicas de integração sensorial, com vistas à reaquisição do alinhamento corporal. É necessário também o desenvolvimento de critérios padronizados para o diagnóstico da SP, para que haja maior delineamento das intervenções.

**Palavras-chave:** Acidente vascular cerebral. Postura. Plegia. Alinhamento. Qualidade de vida.

## REFERÊNCIAS

DALPIAN Ana Paula; Grave Magali Teresinha Quevedo; Périco Eduardo. Avaliação da percepção corporal em pacientes pós Acidente Vascular Cerebral (AVC). **Rev Neurocienc.** v.21, n.3:377-382, 2013.

KARNATH Herbert Ozman; FERBER Swith; DICHGANS James. The origin of contraversive pushing: evidence for a second graviceptive system in humans. **Neurology**, v. 55. 9:1298-304, 2000.

PALMINI, Suzana; COSTA, Jaderson; GRAVE, Magali. Síndrome de Pusher em Pacientes com AVC e Sua Associação com Gravidade Clínica e Dependência Funcional. **Rev Neurocienc.** Porto Alegre, v. 21, n. 1, p. 69-76, 2013.

<sup>55</sup> Acadêmica do curso de Fisioterapia da Univates.

<sup>56</sup> Docente do curso de Fisioterapia da Univates.

# SÍNDROME DE MILLER-DIEKER: MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS E TRATAMENTO

Luana N. Rogéri<sup>57</sup>, Magali Quevedo Grave<sup>58</sup>

**Contextualização:** A Síndrome de Miller-Dieker (SMD) se caracteriza por malformação genética cerebral rara, descrita em 1963 para se referir ao fenótipo específico associado ao tipo de lissencefalia (córtex cerebral liso) e anomalias craniofaciais. É causada por deleção ou mutação no cromossoma 17, p. 13,3, especificamente o gene LIS1, responsável por um espectro de doenças que envolvem a migração neuronal e no seu defeito máximo gera essa doença. **Objetivo:** Descrever sinais e manifestações clínicas da SMD. **Metodologia:** Pesquisa de cunho bibliográfico, realizada na disciplina de Clínica de Neurologia do curso de Fisioterapia da Univates, por meio do acesso a banco de dados como Scielo, Medline e Google Acadêmico. **Revisão:** A Síndrome de Miller-Dieker tem como principal alteração o desenvolvimento incompleto do cérebro, gerado por interrupção na migração e proliferação neuronal, caracterizada afinamento cortical, associada à hipoplasia do corpo caloso, cerebelo e calcificações atroficas na linha média, que se manifesta por hipotonia e atraso mental severo, distúrbio da deglutição, epilepsia e nanismo. Os recém-nascidos com essa síndrome apresentam microcefalia com estreitamento na região temporal, sulcos cutâneos verticais à frente (geralmente quando choram), nariz pequeno com orifícios nasais orientados para cima e lábio superior protuberante. As malformações cerebrais originam deficiência mental severa, atraso no crescimento pâncreo-estatural, convulsões, rigidez muscular anormal (espasticidade) ou baixo tônus muscular (hipotonia) e dificuldades de alimentação. O diagnóstico é baseado na suspeita clínica e confirmado por meio de método de hibridação *in situ* fluorescente (FISH), dirigido 17 p. 13.3. O tratamento inclui equipe multiprofissional, destacando-se as figuras do médico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo e psicólogo. **Conclusão:** A síndrome é rara e complexa, de grande impacto no desenvolvimento infantil, cujo diagnóstico, na maioria dos casos, é de difícil estabelecimento. Enfatizar o apoio psicológico aos pais é de suma importância, visto que as crianças portadoras dessa doença apresentam prognóstico reservado para a sobrevivência.

**Palavras-chave:** Síndrome. Sinais e sintomas. Terapia.

## REFERÊNCIAS

CHAMBEYRON, S.; DA SILVA, N. R.; LAWSON, K. A.; BICKMORE, W. A.: Nuclear reorganisation of the Hoxb complex during mouse embryonic development. **Development**. v. 132, n. 10:2215–2223, 2005.

CHONG S.S.; PACK S. D.; ROSCHKE, A.V.; TANIGAMI, A.; CARROZZO, R.; SMITH, A. C., DOBYNS, W. B.: A revision of the lissencephaly and Miller-Dieker syndrome critical regions in chromosome 17p13.3. **Hum. Mol. Genet**. v.17,n.6:147–155, 2010.

ROMEO, G.; CORFIO, P.; CORFIO, M. P.: Síndrome de Miller Dieker: caso clínico. Universidade de los Andes. Departamento de Pediatría. Clínica Dávila. **Revista Anacem**. v.1, n.12:56-71, 2007.

<sup>57</sup> Acadêmica do curso de Fisioterapia da Univates.

<sup>58</sup> Docente do curso de Fisioterapia da Univates.



# SÍNDROME DE DOWN: SINAIS, MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS E FORMAS DE TRATAMENTO

Fernanda Bernardon<sup>59</sup>, Magali Quevedo Grave<sup>60</sup>

**Contextualização:** A Síndrome de Down (SD) é um distúrbio genético resultante de 47 cromossomos, ao em vez de 46, ocorrendo a trissomia do cromossomo 21. Dentre as síndromes genéticas é a que ocorre em maior incidência, sendo 1:600 nascimentos. **Objetivo:** Descrever sinais, manifestações clínicas e formas de tratamento da SD. **Metodologia:** Pesquisa de cunho bibliográfico, realizada na disciplina de Clínica de Neurologia do curso de Fisioterapia da Univates, no semestre B de 2014, na qual foram acessados bancos de dados, como Scielo e *Medline*. **Revisão:** A SD é uma alteração genética que provoca ao portador diversas alterações, dentre as quais se destacam características físicas, como hipotonia, força muscular reduzida e frouxidão ligamentar, estando o indivíduo sujeito a ter complicações respiratórias decorrentes da fraqueza da musculatura de tronco e aos desvios posturais adotados, além de apresentar atraso no desenvolvimento pômbero-estatural e psicomotor. A face é atípica, com cabeça arredondada, baixa implantação de orelhas, lábios finos e língua protusa. Em função da hipotonia muscular generalizada, fisioterapia e fonoaudiologia devem ser incluídos como parte de um programa de atendimento multiprofissional de crianças com SD, buscando a melhoria na sua qualidade de vida. A fisioterapia pode utilizar vários métodos de tratamento para obter um bom resultado na aquisição de habilidades motoras contra a gravidade. Estimulação precoce, atividades aeróbicas, equoterapia e hidroterapia também são indicadas como tratamentos complementares. Em relação à hidroterapia, um estudo observou que, a partir da aplicação de técnicas do método hidroterapêutico de Bad Ragaz, houve aumento da força muscular e melhora na capacidade respiratória de pacientes portadores de SD. **Conclusão:** A SD é uma síndrome genética, de alta prevalência, cujos portadores sofrem de diversas alterações que acabam comprometendo seu desenvolvimento psicomotor. Com a precocidade e a evolução do tratamento realizado por equipe multiprofissional, atualmente essa população apresenta expectativa de vida acima de 50 anos. O profissional fisioterapeuta é conhecedor de vários recursos terapêuticos que podem contribuir para o processo de desenvolvimento e auxiliar na melhoria da qualidade de vida das pessoas portadoras dessa anomalia, do recém-nascido ao idoso.

**Palavras-chave:** Síndrome de Down. Manifestações clínicas. Tratamento.

## REFERÊNCIAS

CASTOLDI, A.; PÉRICO, E.; GRAVE, M. Avaliação da Força Muscular e Capacidade Respiratória em Pacientes com Síndrome de Down Após Bad Ragaz. *Rev Neurocienc.* 2012;20(3):386-391.

MOREIRA, L.; EL-HANI, C.N.; GUSMÃO, F. A síndrome de Down e sua patogênese: Considerações sobre o determinismo genético. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 2000;22(2):96-99.

<sup>59</sup> Acadêmica do curso de Fisioterapia da Univates.

<sup>60</sup> Docente do curso de Fisioterapia da Univates.

# NEUROCISTICERCOSE: MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS E INCIDÊNCIA

Anderson Franco da Cruz<sup>61</sup>, Gilberto Arcari Junior<sup>62</sup>, Magali Quevedo Grave<sup>63</sup>

**Contextualização:** A neurocisticercose (NCC) é uma doença parasitária decorrente da forma larvária metacestóide do parasita *Taenia Solium*. **Objetivo:** Descrever sinais, manifestações clínicas e incidência da neurocisticercose. **Metodologia:** Pesquisa de cunho bibliográfico, realizada na disciplina de Clínica de Neurologia do curso de Fisioterapia da Univates, na qual foram acessados bancos de dados, como Scielo, Medline e Google Acadêmico. **Revisão:** Neurocisticercose é a expressão usada para designar a infecção do sistema nervoso pelo *Cysticercus cellulosae*, forma larvária da *Taenia Solium*. O número de cisticercos pode variar de um a 500 ou mais, assim como o tamanho dos parasitos, que podem medir menos de um até 6-7 centímetros de diâmetro. Sintomas neurológicos podem advir em consequência de efeito mecânico de pressão dos cisticercos sobre as estruturas nervosas; bloqueio da circulação líquórica por oclusão do sistema ventricular pelos cistos ou por reação inflamatória meníngea; destruição de tecido nervoso por reação inflamatória parenquimatosa ou por infarto isquêmico secundário a vasculite. Após período variável, provavelmente mais de cinco anos, os cistos morrem e degeneram-se. Típica de países subdesenvolvidos, porém não exclusiva destes, a NCC é enfermidade frequente no Brasil, gerando grande dispêndio financeiro para o atendimento das distintas complicações neurológicas relacionadas a ela. O Brasil possui diversas áreas endêmicas, sendo a região Sul considerada uma área de alto risco. Esse fato, muito provavelmente, deve-se às peculiaridades da região, com saneamento básico deficiente e que tem na suinocultura uma das mais tradicionais atividades econômicas do meio rural. A NCC é uma doença ligada a maus hábitos higiênicos, transmitida na ingestão de água não tratada e por meio de carne suína ou bovina malcozida, na qual a forma larvária da *Taenia Solium* se aloja e, a partir daí, alcança seu hospedeiro definitivo, abrigando-se no intestino delgado, podendo alcançar qualquer tecido. **Conclusão:** É evidente a necessidade da mobilização de programas no combate à NCC, promovendo formas de conscientização sobre a causa da doença e informando a comunidade sobre suas características, além de registrar todas as ocorrências para que o controle da doença seja cada vez maior. Mais publicações sobre esse assunto se mostram de grande importância para educação em saúde.

**Palavras-chave:** Neurocisticercose. *Taenia Solium*. Incidência.

## REFERÊNCIAS

AGAPEJEV, Svetlana. Aspectos clínico-epidemiológicos da neurocisticercose no Brasil. *Arq Neuropsiquiatr.* 2003;61(3-B):822-828.

TREVISOL, Paulo Cesar; BITTENCOURT, Norberto; DA SILVA, Cunha; FIGUEREDO, Roberto. Neurocisticercose em pacientes internados por epilepsia no hospital regional de Chapecó Região oeste do estado de Santa Catarina. *Arq Neuropsiquiatr.* 2009;56(1):53-58.

61 Acadêmico do curso de Fisioterapia da Univates.

62 Acadêmico do curso de Fisioterapia da Univates.

63 Docente do curso de Fisioterapia da Univates.

# SÍNDROME DE ANGELMAN

*Cristian Carlos Klein<sup>64</sup>, Magali Quevedo Grave<sup>65</sup>*

**Contextualização:** A Síndrome de Angelman (AS) é uma alteração neurogenética, que ocorre em função de uma deleção no braço longo do cromossomo 15 (15q11-q13), cujas características comportamentais e eletrencefalográficas, são as manifestações mais importantes para sua identificação clínica. **Objetivo:** Descrever sinais e características da Síndrome de Angelman. **Metodologia:** Pesquisa de cunho bibliográfico, realizado na disciplina de Clínica de Neurologia do curso de Fisioterapia da Univates, na qual foram acessados bancos de dados, como *Google Acadêmico* e *SciELO*. A Síndrome de Angelman ocorre em um a cada 15.000 nascimentos e conta com poucos recursos de tratamento no Brasil. Foi reconhecida em 1965 pelo médico inglês Dr. Harry Angelman, caracterizada como um dano no cromossomo 15 herdado da mãe. Trata-se, portanto, de uma deficiência genética, podendo acontecer em uma pequena parcela dos casos, mais de uma vez na mesma família. Dentre os sintomas clínicos consistentes, isto é, que estão presentes em 100% dos casos, destacam-se: o atraso do desenvolvimento funcionalmente severo; a incapacidade de falar com nenhum, ou quase nenhum, uso de palavras, identificando-se maior capacidade de compreensão do que de expressão verbal; problemas de movimento e equilíbrio, com incapacidade de coordenação dos movimentos musculares voluntários ao andar e/ou movimento trêmulo dos membros; sorriso permanente é apenas uma expressão motora; movimentos aleatórios das mãos (apraxia), hipermotricidade e incapacidade de manter a atenção nos estímulos do meio ambiente. **Conclusão:** A Síndrome de Angelman é bastante difícil de ser reconhecida no recém-nascido ou na infância, uma vez que os problemas de desenvolvimento são inespecíficos nesse período. Não há tratamento disponível para a Síndrome de Angelman. É possível apenas dar tratamento de suporte, ou psicossomático, procurando amenizar os sintomas e melhorar a qualidade de vida dos que possuem a síndrome. A fisioterapia contribui na medida em que previne deformidades e encurtamentos osteomusculares e neurotendíneos, minimizando os efeitos da imobilidade.

**Palavras-chave:** Síndrome de Angelman. Cromossomo 15. Tratamento.

## REFERÊNCIAS

FAIFE, L. C.; CHIRINO, I.V.M.C.: Síndrome de Angelman. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 2012;28(3):18-24.

CERSÓSIMO, R.; CARABALLO, R.; ESPECHE, A.; CASSAR, L.; TORRADO, M. V.; CHERTKOFF, L. et al. Síndrome de Angelman: características electroclínicas em 35 pacientes. *Rev Neurol.* 2003;37(1):14-18.

<sup>64</sup> Acadêmico do curso de Fisioterapia da Univates.

<sup>65</sup> Docente do curso de Fisioterapia da Univates.

# EFEITOS BIOMECÂNICOS E FISIOLÓGICOS DO USO DO KANGOO JUMPS®

Laura Bastianel<sup>66</sup>, Eduardo Sehnem<sup>67</sup>

**Contextualização:** Correr é um dos exercícios mais simples e antigos que existem, porém está intimamente relacionado a alta incidência de lesões. O crescente interesse da sociedade pela prática de exercícios aeróbicos requer conhecimento prévio de mecanismos de lesões que podem estar envolvidos a essas modalidades, não somente a seus benefícios. Altos níveis de impacto continuamente podem estar relacionados a dores, fraturas por estresse ou degenerações articulares. O sapato Kangoo parece atenuar os efeitos nocivos do impacto, pois apresenta um arco elíptico que se estende por toda região plantar do pé, que funciona como uma espécie de mola rígida, a qual sofre depressões, absorvendo, assim, energia e contribuindo para o próximo movimento. **Objetivo:** Este trabalho tem por objetivo fazer revisão bibliográfica sobre o calçado *spring boot*, conhecido como *Kangoo Jump*, e os efeitos biomecânicos e fisiológicos do seu uso. **Metodologia:** Foram consultadas as bases de dados PubMed, *Science Direct*, Scielo e PEDro. **Resultados:** Durante a revisão bibliográfica, foram encontrados três artigos científicos. Destes, dois descrevem os efeitos do *Kangoo Jump*® em relação às forças de reação com o solo, comprovando que o dispositivo é eficiente na sua atenuação. Ainda foi encontrado um estudo que compara o gasto energético com o uso do *Kangoo Jump*® em relação ao calçado convencional para corrida, assim como a relação de incidência de lesões nesses dois grupos. Verificaram-se menor incidência de lesões no grupo que utilizou o *Kangoo Jump*®, e maior gasto energético nesse mesmo grupo. **Conclusão:** São escassos os estudos que descrevem os efeitos do uso de calçados com molas de propulsão. Os estudos concentram-se na avaliação das forças de reação com o solo, atenuação do impacto desses calçados, além de seus efeitos no gasto energético durante a prática de exercícios aeróbicos. Sendo assim, pesquisas relacionadas a alterações do alinhamento biomecânico em diversas atividades se fazem necessárias, já que seu uso vem crescendo cada vez mais em academias do Brasil e do mundo.

**Palavras-chave:** Marcha. Postura. Fisiologia.

66 Acadêmica do curso de Fisioterapia da Univates.

67 Docente do curso de Fisioterapia da Univates.

# INTERVENÇÃO FISIOTERAPÊUTICA EM PACIENTE COM DOENÇA DE PARKINSON: UM ESTUDO DE CASO

Rita de Cássia Couto<sup>68</sup>, Gabriele Mello de Carvalho<sup>69</sup>, Magali Teresinha Quevedo Grave<sup>70</sup>

**Contextualização:** A Doença de Parkinson (DP) é degenerativa, crônica e progressiva, causada pela diminuição de dopamina, o que interfere na realização de movimentos voluntários, causando alterações tônico-posturais, como bradicinesia, rigidez muscular, tremor de repouso, dentre outras. **Objetivo:** Descrever a avaliação e o tratamento fisioterapêutico de paciente do sexo masculino, com DP, após 13 sessões de fisioterapia. **Metodologia:** Trabalho de intervenção fisioterapêutica, em que alunos da disciplina de Fisioterapia Neurológica II, do oitavo semestre do curso de Fisioterapia/Univates, avaliaram e atenderam, mediante supervisão docente, pacientes com distúrbios neuromotores decorrentes de lesão no sistema nervoso. Em 19/03/2014, AV, sexo masculino, 58 anos, com DP, foi avaliado na Clínica-Escola de Fisioterapia da Univates, em que se constataram contraturas na região cervical, movimentos involuntários na face e discreta distonia. AV deambula livremente, porém com pouca dissociação entre as cinturas escapular e pélvica, com movimentos em bloco. Na avaliação postural o paciente apresentou cabeça flexionada, anteriorizada e escoliose sinistro-convexa na coluna torácica. Ele trouxe como queixa principal rigidez matinal nos músculos da face e região cervical. Para minimizar as manifestações clínicas da doença foram realizados técnicas de liberação miofascial na musculatura hipertônica, alongamentos passivos, dessensibilização da cavidade oral, exercícios ativos para músculos da cabeça, pescoço, face e treino de marcha. **Resultados:** A partir dos relatos do paciente e da reavaliação feita ao término da disciplina, é possível concluir que as técnicas e condutas realizadas durante os atendimentos de fisioterapia foram benéficas para a diminuição dos sintomas da DP, a recuperação funcional e a melhoria da qualidade de vida desse sujeito.

**Palavras-chave:** Marcha. Postura. Fisiologia.

## REFERÊNCIAS

STEIDL, E.M.D.S ; ZIEGLER, JR.: FERREIRA, F. V.: Doença de Parkinson: Revisão Bibliográfica. *Disc. Scientia*. Série: Ciências da Saúde, Santa Maria, v. 8, n. 1, p. 115- 129, 2007.

LANA, RC et al . Percepção da qualidade de vida de indivíduos com doença de Parkinson através do PDQ-39. *Rev. bras. fisioter.*, São Carlos , v. 11, n. 5, p. 397-402, Oct. 2007 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-35552007000500011&lng=en&nrn=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-35552007000500011&lng=en&nrn=iso)>. Acesso em 21 de maio de 2015.

68 Acadêmica do curso de Fisioterapia da Univates.

69 Acadêmica do curso de Fisioterapia da Univates.

70 Docente do curso de Fisioterapia da Univates.

# ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO (AVE): SINTOMAS, MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS E FORMAS DE TRATAMENTO

Giovana Fagundes<sup>71</sup>, Magali Teresinha Quevedo Grave<sup>72</sup>

**Contextualização:** O acidente vascular encefálico (AVE) é uma alteração no suprimento sanguíneo do encéfalo e pode ser classificado como transitório, isquêmico ou hemorrágico. **Objetivo:** Descrever sinais e manifestações clínicas do AVE. **Metodologia:** Pesquisa de cunho bibliográfico, realizada na disciplina de Clínica de Neurologia do curso de Fisioterapia da Univates, na qual foram acessados bancos de dados, como Scielo, Medline e Google Acadêmico. **Revisão:** O AVE é uma das doenças que mais matam no mundo. Só no Brasil são cerca de 100 mil óbitos por ano. O AVE tem início repentino, podendo provocar óbito no indivíduo acometido. Os sintomas gerados dependem da região e da quantidade de tecido nervoso lesionado. Geralmente o paciente terá hemiplegia no hemicorpo contralateral à lesão cerebral, déficit de sensibilidade, equilíbrio, coordenação motora, entre outros. Alguns sintomas da ocorrência de um acidente vascular encefálico são: tontura; fraqueza muscular, como, por exemplo, ao levantar-se da cama; visão embaçada; fala enrolada; dormência em alguma parte do corpo, e incontinência urinária. As sequelas mais comuns são as motoras, com perda e/ou diminuição da função do lado hemiplégico. Se o AVE ocorrer no lado esquerdo do cérebro, no qual localiza-se o centro da linguagem, o paciente poderá apresentar dificuldades na linguagem expressiva e/ou compreensiva. O tratamento requer a participação de equipe multiprofissional, que inclui médicos, psicólogos, fonoaudiólogos e fisioterapeutas. **Conclusão:** Todos os comprometimentos pós-AVE afetam de forma substancial a vida de pessoas que sofreram esse acidente, levando-os a prejuízos no desempenho de atividades simples do dia a dia. Nem sempre as sequelas podem ser revertidas, mas com o devido tratamento pode-se alcançar bons resultados. Por isso, a fisioterapia é muito importante para a reabilitação desses sujeitos, pois visa a melhorar aspectos motores, como tônus muscular, amplitude de movimento, equilíbrio e marcha, proporcionando ao paciente mais independência, autoconfiança e, por consequência, melhora em sua qualidade de vida.

**Palavras-chave:** Acidente Vascular Encefálico. Sequelas. Fisioterapia.

## REFERÊNCIAS

CAPPELARI, Marcia Maria; GRAVE, Magali Quevedo.: Avaliação do comprometimento sensório-motor de pacientes com diagnóstico de Acidente Vascular Encefálico (AVE) atendidos na Clínica-Escola de Fisioterapia da Univates. **Rev. Destaques Acadêmicos** 4;(3):61-72,2012.

NUNES, SARA; PEREIRA, CARLA; SILVA, MADALENA DA. Evolução Funcional de Utentes após AVC nos Primeiros Seis Meses Após a Lesão. **ESSFISIONLINE**. 1;(3):1-18, 2005.

71 Acadêmica do curso de Fisioterapia da Univates.

72 Docente do curso de Fisioterapia da Univates.

# SÍNDROME DE COCKAYNE: SINTOMAS, MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS E FORMAS DE TRATAMENTO

Gislaine Fontoura Cardoso<sup>73</sup>, Michele Cesar Fagundes<sup>74</sup>, Magali Teresinha Quevedo Grave<sup>75</sup>

**Contextualização:** A Síndrome de Cockayne (SC) é um distúrbio genético de caráter autossômico recessivo associado a mutações nos genes ERCC6 (75%) e ERCC8 (25%), originando a SC tipos I e II, respectivamente. Essas mutações causam defeito no mecanismo de reparação do DNA danificado. **Objetivo:** Descrever sintomas, manifestações clínicas e formas de tratamento da SC. **Metodologia:** Pesquisa de cunho bibliográfico, realizada na disciplina de Clínica de Neurologia do curso de Fisioterapia da Univates, na qual foram acessados banco de dados, como *Google Acadêmico* e *SciELO*. **Revisão:** A SC acontece em ambos os sexos e afeta cerca de 1:100.000 nascidos vivos. A estimativa de vida é de aproximadamente seis anos. O diagnóstico é feito por meio do exame de DNA, que possibilita identificar mutações presentes nos genes, sendo fundamental o aconselhamento genético para prevenir a SC. Envelhecimento precoce, nanismo, olhos profundos, aspecto característico do rosto com nariz pontudo “bico de papagaio”, orelhas grandes e maxilares projetados para frente são característicos dos portadores da síndrome. Dentre as manifestações clínicas destacam-se: hipersensibilidade à exposição solar; alterações neurológicas; retardo no desenvolvimento; alterações de motricidade; microcefalia; convulsões; cefaleia; catarata; hipoplasia óptica; nistagmo; fotofobia; hipoplasia da íris; diminuição na audição; atrofia da mucosa nasal; amígdalas hiperplásicas; fenda palatina; anormalidades dentárias, como cáries; retardo na erupção dentária; maloclusão e dentes hipoplásicos ou ausentes. O tratamento não é curativo, porque se trata de uma síndrome progressiva, mas visa à qualidade de vida do paciente, aliviando sinais e sintomas decorrentes da evolução do quadro. Para isso, faz-se necessário o acompanhamento por equipe multiprofissional. A fisioterapia tem papel importante na prevenção de contraturas e deformidades, com vistas à manutenção da capacidade motora global e da deambulação pelo maior período de tempo possível. **Conclusão:** A SC é um distúrbio genético, ainda sem cura e progressivo, porém é possível minimizar os sintomas e manifestações da doença, melhorando a qualidade de vida das crianças portadoras da doença. Destaca-se também a importância da SC ser mais divulgada para que possa ser prevenida por meio de aconselhamento genético.

**Palavras-chave:** Síndrome de Cockayne. Manifestações. Tratamento.

## REFERÊNCIAS

GUARDIOLA, ANA et al. Síndrome de cockayne: relato de caso. *Arq. Neuro-Psiquiatr.*, São Paulo, v.57, n.1, p.106-110, Mar. 1999. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0004-282X1999000100021&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X1999000100021&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 21 de maio de 2015.

RESENDE, Catarina et al. Síndrome de Cockayne: relato de dois casos. *Scientia Medica*. 2012;22(4):211-215.

73 Acadêmica do curso de Fisioterapia da Univates.

74 Acadêmica do curso de Fisioterapia da Univates.

75 Docente do curso de Fisioterapia da Univates.

# CHARCOT-MARIE-TOOTH: SINTOMAS, MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS E FORMAS DE TRATAMENTO

*Letícia Bergmann<sup>76</sup>, Monique da Silva Costa<sup>77</sup>, Magali Teresinha Quevedo Grave<sup>78</sup>*

**Contextualização:** Em 1886, Charcot, Marie e Tooth descreveram famílias com uma condição específica de atrofia muscular progressiva, que começava nos pés e pernas e depois afetava as mãos e braços. Desde então essa patologia tem sido conhecida como doença de Charcot-Marie-Tooth (CMT), tendo como característica atrofia muscular neurítica e peroneal que afeta o sistema nervoso periférico. **Objetivo:** Descrever sinais e manifestações clínicas da doença de Charcot-Marie-Tooth. **Metodologia:** Pesquisa de cunho bibliográfico, realizada na disciplina de Clínica de Neurologia do curso de Fisioterapia da Univates, na qual foram acessados bancos de dados, como Scielo, Medline e Google Acadêmico. **Revisão:** A prevalência da doença de CMT é de uma em cada 2.500 pessoas. A CMT é classificada em CMT I – autossômico dominante, com progressão moderada, CMT II – recessivo ligado ao cromossomo X, com progressão mais grave, e CMT III – autossômico recessivo, com pior progressão. Observa-se que 75% dos pacientes são afetados pela subforma CMT I. Os indivíduos geralmente ficam confinados à cadeira de rodas próximo dos 20 anos de idade. A doença é mais frequente em homens do que em mulheres. A perda da capacidade funcional compromete não só a função física, mas, também, o emocional, tornando o indivíduo dependente de familiares ou de cuidadores. São referidas na literatura cinco formas distintas da doença de CMT: CMT1, padrão autossômico dominante (desmielinizante); CMT2, padrão autossômico dominante (acometimento axonal); CMT3, padrão autossômico recessivo (acometimento axonal); CMT4, padrão autossômico recessivo (desmielinizante) e CMTX, recessivo ligado ao cromossomo X (comprometimento axonal ou desmielinizante). Outras desordens são similares à CMT, causando confusão no diagnóstico, tais como: Síndrome de Dejerine-Sottas e Roussy-Lévy; poliomielite aguda; ataxia de Friedreich e polineurite atípica. **Conclusão:** A CMT não tem cura, porém os sintomas podem ser controlados a partir da atuação de equipe multiprofissional, incluindo psicólogos, nutricionistas e fisioterapeutas, com medidas que minimizem as manifestações da doença e melhorem a qualidade de vida das pessoas portadoras da patologia.

**Palavras-chave:** Doença de Charcot-Marie-Tooth. Manifestação. Fisioterapia.

76 Acadêmica do curso de Fisioterapia da Univates.

77 Acadêmica do curso de Fisioterapia da Univates.

78 Docente do curso de Fisioterapia da Univates.



# DOENÇA DE KRABBE: SINTOMAS, MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS E FORMAS DE TRATAMENTO

Marciane Colling Schmitt<sup>79</sup>, Magali Teresinha Quevedo Grave<sup>80</sup>

**Contextualização:** A doença de Krabbe (DK), de caráter autossômico recessivo, é ocasionada pela deficiência da enzima lisossomal galactosilceramida beta galactosidase, que leva à desmielinização do sistema nervoso central e periférico. **Objetivo:** Descrever sintomas, manifestações clínicas e formas de tratamento da doença de Krabbe. **Metodologia:** Pesquisa de cunho bibliográfico, realizada na disciplina de Clínica de Neurologia do curso de Fisioterapia da Univates, na qual foram acessados bancos de dados, como Scielo, Medline e Google Acadêmico. **Revisão:** A DK é uma patologia rara e a suspeita pode se dar em crianças que até o momento do início dos sintomas apresentam desenvolvimento normal, que comecem a apresentar choro imotivado, perda de interesse pelo meio e irritabilidade excessiva. A doença frequentemente se manifesta na infância, em menores de três a seis meses de vida. Os reflexos profundos dos pacientes se tornam hiperativos a hipoativos ou são abolidos, o perímetro cefálico tende a diminuir gradativamente, desenvolvendo microcefalia. Geralmente crianças acometidas pela doença de Krabbe apresentam atrofia óptica e surdez bilateral profunda. A forma infantil tardia se inicia dos 15 meses aos 10 anos de idade, apresentando o portador dificuldade progressiva na marcha, espasticidade em membros inferiores e ataxia. A maioria dos pacientes torna-se deficiente mental com a evolução da doença e tetraplégica de dois a cinco anos após o início da manifestação da patologia. O diagnóstico pode ser feito por exame do líquido cefaloraquiano, eletroneuromiografia e dosagem enzimática. **Conclusão:** Muitas vezes a DK não é diagnosticada em tempo hábil, levando ao óbito como consequência de complicações cardiorrespiratórias subsequentes. Não há tratamento específico para essa doença, sendo os objetivos do diagnóstico a orientação familiar e o aumento da casuística mundial, para conhecimento mais profundo da doença. O acompanhamento multiprofissional, incluindo médicos, psicólogos, fonoaudiólogos e fisioterapeutas, pode melhorar a qualidade de vida das crianças portadoras da patologia e de seus familiares.

**Palavras-chave:** Doença de Krabbe. Manifestações. Tratamento.

## REFERÊNCIAS

SANTOS, Lúcia M. G.; VILANOVA, Luiz C. P.: Doença de Krabbe (leucodistrofia célula globoide): relato de um caso. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, v. 74, n. 2, p. 153-156, 1998.

<sup>79</sup> Acadêmica do curso de Fisioterapia da Univates.

<sup>80</sup> Docente do curso de Fisioterapia da Univates.

# MIASTENIA GRAVE: SINAIS E MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

Mariana Job Kasper<sup>81</sup>, Magali Teresinha Quevedo Grave<sup>82</sup>

**Contextualização:** Miastenia é uma doença neuromuscular que afeta a junção neuromuscular, sendo considerada grave, mas passível de tratamento. Na maioria dos casos é autoimune adquirida e caracteriza-se pela fraqueza muscular resultante de uma alteração na transmissão neuromuscular, que resulta da ação de anticorpos contra os receptores musculares nicotínicos de acetilcolina pós-sinápticos. **Objetivo:** Descrever sinais, manifestações clínicas e tratamento da miastenia grave. **Metodologia:** Pesquisa de cunho bibliográfico, realizada na disciplina de Clínica de Neurologia do curso de Fisioterapia da Univates, por meio do acesso a banco de dados, como Scielo, Medline e Google Acadêmico. **Revisão:** O início dos sintomas pode ser desencadeado de forma abrupta ou insidiosa. O mecanismo pelo qual a resposta imune é iniciada e mantida ainda não é esclarecido, mas o timo parece desempenhar papel importante nesse processo. O quadro clínico apresenta variações de acordo com o local, intensidade e forma de acometimento, porém, é normalmente caracterizado por histórico de flutuação da fraqueza e fadigabilidade da musculatura esquelética, sendo exacerbadas com atividades repetitivas ou sustentadas, temperaturas elevadas, cirurgias, infecções e excitação e aliviadas pelo repouso. Os sintomas podem variar durante o dia, com a tendência de serem mais intensos no período da noite. Em 2009, estimava-se a incidência da doença em 0,4 por 100.000 indivíduos na população em geral, visto que pode acometer pessoas de qualquer faixa etária, com picos de incidência em mulheres entre 20 e 30 anos e em homens entre 50 e 60 anos. A miastenia pode ser classificada de acordo com a idade de início, gravidade, etiologia da doença e presença ou ausência de anticorpos contra os receptores de acetilcolina. O diagnóstico é baseado na história clínica, no exame físico e em exames complementares que avaliam a função neuromuscular. O tratamento atualmente tem como base a utilização de medicamentos inibidores da acetilcolinesterase, corticosteroides, imunossupressores, plasmaférese, imunoglobulina intravenosa, timentomia e fisioterapia. **Conclusão:** Embora ainda escassa, a literatura revela que a miastenia grave, até recentemente, era responsável por incapacidades graves e crônicas, além de elevada mortalidade. No entanto, os avanços no tratamento têm melhorado o prognóstico do paciente e a expectativa de vida encontra-se próxima do normal.

**Palavras-chave:** Miastenia grave. Junção neuromuscular. Manifestações clínicas.

## REFERÊNCIAS

CORIOLOANO, M. G. W. S; AMORIM JÚNIOR, A. A.; LINS, O. G. Teste de estimulação repetitiva no músculo ancônio para diagnóstico da miastenia grave: mapeamento da sua placa motora. *Arq. Neuropsiquiatr.* Vol. 65, n. 2b, São Paulo, Junho, 2007.

NODA, J. L. *et al.* O efeito do treinamento muscular respiratório na miastenia grave: revisão da literatura. *Rev. Neurocienc.* Vol. 12 n. 13, p. 37-45, 2009.

81 Acadêmica do curso de Fisioterapia da Univates.

82 Docente do curso de Fisioterapia da Univates.

# LESÃO MEDULAR ADQUIRIDA: MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS E TRATAMENTO

Pamela Presotto<sup>83</sup>, Magali Teresinha Quevedo Grave<sup>84</sup>

**Contextualização:** A lesão da medula (LM) causa a descontinuidade das trocas de informações entre o sistema nervoso central e os demais sistemas corporais, acarretando diminuição ou perda das funções motoras e sensitivas abaixo do nível da lesão. **Objetivo:** Descrever manifestações clínicas e tratamento da lesão medular adquirida. **Metodologia:** Pesquisa de cunho bibliográfico, realizada na disciplina de Clínica de Neurologia do curso de Fisioterapia da Univates, na qual foram acessados bancos de dados, como Scielo, Medline e Google Acadêmico. **Revisão:** A lesão da medula espinhal é um acontecimento impactante, causando alterações motoras, sensitivas, sexuais e emocionais nas pessoas que sofrem essa lesão. Estatisticamente, a LM atinge o sexo masculino em maior proporção: 4:1, entre 15 e 40 anos, sendo as causas mais frequentes o acidente automobilístico, queda de alturas, mergulho em águas rasas e ferimentos por armas de fogo. O comprometimento pode ser mais leve ou severo e isso depende do local e da extensão da lesão. Quando a lesão ocorre acima da vértebra cervical C7 é denominado de tetraplegia, prejudicando a função dos membros superiores, inferiores e tronco. Abaixo de C7 é denominada de paraplegia e tem como característica o comprometimento motor e/ou sensitivo dos músculos do tronco e dos membros inferiores. Outros sintomas clínicos também se manifestam: espasticidade e clônus são característicos de lesão em neurônio motor superior e na lesão de neurônio motor inferior há presença de hipotonia e fasciculações. Nessa nova realidade, é importante que os pacientes possam contar com o apoio de profissionais da área da saúde, como médicos, fisioterapeutas e psicólogos. O tratamento das sequelas motoras decorrentes da lesão medular é de suma importância para a melhoria da qualidade de vida dos pacientes e, nesse sentido, a fisioterapia desempenha importante papel, tanto na fase aguda quanto na fase crônica. **Conclusão:** A lesão medular adquirida ainda não tem cura e o tratamento fisioterapêutico consiste na utilização de adaptações com vistas ao alinhamento biomecânico das articulações para prevenção de deformidades e, na realização de atividades motoras que promovam independência nas transferências e atividades diárias, com vistas à melhoria da qualidade de vida do paciente.

**Palavras-chave:** Lesão medular adquirida. Sintomas. Fisioterapia.

## REFERÊNCIAS

KAUFMANN, K.; GRAVE M.: A sexualidade em mulheres com lesão medular adquirida. *Neurociências*. Lajeado, 2014;10:17-26.

SISCÃO, M. P.; et al. Trauma Raquimedular: Caracterização em Hospital Público. *Arq. Ciênc. Saúde*. São José do Rio Preto, 2007; 14:145-7.

VENTURINI D.A et al. Conhecendo a história e as condições de vida de indivíduos com lesão medular. *Rev Gaúcha Enferm*. Porto Alegre, 2006; 27:219-29.

83 Acadêmica do curso de Fisioterapia da Univates.

84 Docente do curso de Fisioterapia da Univates.

# SÍNDROME DE RASMUSSEN: SINAIS, MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS E FORMAS DE TRATAMENTO

Ramon Antônio Giovanaz<sup>85</sup>, Magali Teresinha Quevedo Grave<sup>86</sup>

**Contextualização:** A Síndrome de Rasmussen (SR), também conhecida como encefalite focal crônica ou encefalite de Rasmussen, é uma desordem neurológica rara e progressiva, caracterizada por ataques epiléticos frequentes e severos, perda de habilidades motoras e da fala, hemiparesia, encefalites, demência e deterioração mental. **Objetivo:** Descrever sinais, manifestações clínicas e formas de tratamento da SR. **Metodologia:** Pesquisa de cunho bibliográfico, realizada na disciplina de Clínica de Neurologia do curso de Fisioterapia da Univates, por meio de acesso a banco de dados, como Scielo, Medline e Google Acadêmico. **Revisão:** A encefalite de Rasmussen é uma doença inflamatória crônica de etiologia indeterminada, caracterizada por epilepsia intratável, hemiparesia progressiva e atrofia hemisférica unilateral. Geralmente há deterioração neurológica em meses a anos, associada a um curso progressivo de epilepsias focais. As drogas antiepiléticas geralmente não são capazes de controlar as convulsões ou a atrofia cerebral. A cirurgia para epilepsia com desconexão hemisférica tem sido considerada o tratamento de escolha. Essa patologia acomete crianças (85%), adolescentes e adultos (15%). Alguns estudos relatam o citomegalovírus ou o herpes vírus simples como possíveis agentes patológicos. Mecanismos autoimunes, mais notadamente via anticorpos GluR3, têm sido relatados como fator determinante da SR. Tratamentos alternativos podem incluir plasmaférese, dieta cetogênica, imunoglobulina intravenosa e esteroides. O tratamento cirúrgico para retirada dos focos epileptogênicos é feito pela hemisferectomia. O prognóstico para indivíduos com encefalite de Rasmussen varia. Sem tratar, a desordem pode conduzir a déficits neurológicos severos, que incluem retardamento mental e paralisia. Há relatos de que, em algumas cirurgias de hemisferectomia, os pacientes tiveram o número de convulsões diminuído. Porém, com a evolução da doença, a maioria dos pacientes apresenta déficits motores, cognitivos e de linguagem. **Conclusão:** A SR é uma doença rara, esporádica, caracterizada por crises epiléticas de difícil controle associadas à deterioração neurológica progressiva. O diagnóstico deve ser proposto em caso de crises parciais de difícil controle associadas a déficit neurológico progressivo. A cirurgia, apesar da possibilidade de causar sequelas neurológicas, permanece como única opção de cura.

**Palavras-chave:** Síndrome de Rasmussen. Sintomatologia. Tratamento.

## REFERÊNCIAS

CORAL, Carlos; HAAS, Leandro.: Provável síndrome de Rasmussen: relato de caso. *Arq Neuropsiquiatr.* 2009;57(4): 1032-1035

REBOLLEDO, Francisco Aguilar; GARCÍA, Cristina Ruvalcaba; MARES, Darío Rayo; ROJAS, Juan Carlos.: Síndrome de Rasmussen. Seguimento de 7 anos. Aspectos relacionados com plasticidade cerebral em epilepsia. *Rev. Invest. clín.* 54(3):209-217, mayo-jun. 2002.

<sup>85</sup> Acadêmica do curso de Fisioterapia da Univates.

<sup>86</sup> Docente do curso de Fisioterapia da Univates.

# SÍNDROME DE REYE: SINTOMAS, MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS E FORMAS DE TRATAMENTO

Thaís Rodriguez Trindade<sup>87</sup>, Magali Teresinha Quevedo Grave<sup>88</sup>

**Contextualização:** A Síndrome de Reye (SR) é uma doença rara e grave, que geralmente afeta crianças entre quatro e 12 anos de idade. É aguda não inflamatória e sua etiologia ainda é desconhecida. Caracteriza-se por apresentar sinais e sintomas de encefalopatia e degeneração gordurosa no fígado. **Objetivo:** Descrever sinais, manifestações clínicas e possíveis tratamentos da SR. **Metodologia:** Pesquisa de cunho bibliográfico, realizada na disciplina de Clínica de Neurologia do curso de Fisioterapia da Univates, na qual foram acessados bancos de dados, como Scielo, Medline e Google Acadêmico. **Revisão:** A SR acomete principalmente o cérebro e o fígado. Inicialmente o sujeito, previamente saudável, apresenta vômitos intensos e graus variáveis de comprometimento neurológico, que podem progredir desde a irritabilidade até o coma. Os primeiros sinais surgem após uma infecção viral, em que a maioria dos casos tem sido comprovada em crianças com infecção pelos vírus influenza e varicela-zoster. A fisiopatologia da SR ainda não foi esclarecida, mas acredita-se que diferentes infecções virais poderiam atuar desencadeando algum mecanismo que liberaria toxinas, em virtude dos achados histológicos em tecido hepático, como a degeneração gordurosa do fígado e alteração das mitocôndrias dos hepatócitos, e cerebral, como edema e degeneração neuronal, que se assemelham muito mais aos efeitos de toxinas do que àqueles observados durante as infecções. Além do exame de sangue, punção lombar e biópsia do fígado podem ser realizadas para diagnóstico seguro. As manifestações clínicas da SR ocorrem em um ou vários dias após a infecção viral e caracterizam-se como encefalopatia difusa associada a alterações hepáticas funcionais; dessa forma o coma, as convulsões e a hepatomegalia podem preceder de 48 a 72 horas a parada cardiorrespiratória e a morte. O tratamento tem como objetivos proteger o cérebro contra danos irreversíveis, reduzindo o edema; recuperar danos possíveis no metabolismo; controlar a pressão cardíaca e o funcionamento do fígado; evitar que o paciente tenha complicações respiratórias; e retardar as perdas motoras e evitar deformidades. Nesse sentido, a fisioterapia motora tem papel importante. **Conclusões:** A SR é uma doença grave, que causa transtornos em diferentes sistemas corporais e, quando diagnosticada precocemente, pode ter seus efeitos reduzidos.

**Palavras-chave:** Síndrome de Reye. Manifestações clínicas. Tratamento.

## REFERÊNCIAS

- BRICKS, Lucia Ferro. Uso de anti-inflamatórios não hormonais em crianças com doenças virais vs. risco potencial para síndrome de Reye e doenças invasivas graves por estreptococos do grupo A. *Pediatria*, São Paulo, v. 22, n. 1, 2000. p. 35-43
- SILVA, Cleber Ribeiro Alvares da; SOARES, Edson Garcia; MOURA-RIBEIRO, Maria Valeriana L.: Síndrome de Reye: relato de caso. *Arq. Neuro-psiquiatria*, São Paulo, v. 44, n. 4, 1986. p. 401-406

<sup>87</sup> Acadêmica do curso de Fisioterapia da Univates.

<sup>88</sup> Docente do curso de Fisioterapia da Univates.

# PRÁTICAS EM FISIOTERAPIA HOSPITALAR

# INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA AGUDA: AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO DE UM PACIENTE EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Caroline D. Goldsmith<sup>89</sup>, Diuli Bohn dos Santos<sup>90</sup>, Alessandra Kerkhoff<sup>91</sup>, Lucas Capalonga<sup>92</sup>

**Contextualização:** Insuficiência respiratória aguda é um dos principais sintomas que acometem portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), que é caracterizada pela obstrução do fluxo aéreo de maneira crônica, gerando limitação da capacidade funcional. **Objetivo:** Realizar avaliação e intervenção fisioterapêutica em um paciente com diagnóstico clínico de insuficiência respiratória aguda em uma Unidade de Terapia Intensiva. **Metodologia:** Aplicação de ficha de avaliação fisioterapêutica e realização de pesquisa bibliográfica, utilizando a base de dados Pubmed. Paciente Z.A.R, sexo feminino, 67 anos, sedada no dia da avaliação, sendo acompanhados os sinais vitais no atendimento, internada por Insuficiência Respiratória aguda (IRpa), associada a broncopneumonia, DPOC, hipertensão arterial, diabetes *mellitus*, sedentarismo e tabagismo. Apresenta tórax globoso, hematomas difusos, seroma, hipotonia muscular de membros superiores e inferiores, reflexos ausentes, respiração paradoxal, taquipneica, utilizando musculatura acessória para respiração, tosse improdutiva, sendo necessária aspiração orotraqueal, nasal e oral. Paciente se encontrava em ventilação mecânica invasiva, utilizando tubo orotraqueal, apresentando escala de Glasgow com score 7 e escala de Ramsay com score 4, ausculta pulmonar com ruídos adventícios, como roncos e sibilos presentes em ápices e bases pulmonares. As condutas realizadas foram: Manobra de vibro compressão, manobra de Farley Campos e tosse assistida, alongamento, exercícios passivos e metabólicos de membros superiores e inferiores, evoluindo ao longo das sessões para exercícios ativos e resistidos e treino de troca de decúbitos. **Conclusão:** A fisioterapia tem se mostrado efetiva na evolução de pacientes com doenças pulmonares, em razão da melhora das trocas gasosas, melhora da qualidade de vida e diminuição do tempo de internação.

**Palavras-chave:** Insuficiência respiratória. Avaliação. Intervenção.

## REFERÊNCIAS

PARNELL, H, et al. The successful treatment of hypercapnic respiratory failure with oral modafinil. *International Journal of COPD, Carshalton*, v. 9, p. 413–4, 2014.

89 Acadêmica do curso de Fisioterapia da Univates.

90 Acadêmica do curso de Fisioterapia da Univates.

91 Supervisora de Estágios do curso de Fisioterapia da Univates.

92 Supervisor de Estágios do curso de Fisioterapia da Univates.

# DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA: UM ESTUDO DE CASO

Eduardo Spielmann<sup>93</sup>, Alessandra Kerkhoff<sup>94</sup>, Lucas Capalonga<sup>95</sup>

**Contextualização:** A doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) tem merecido grande interesse e preocupação da comunidade médica e científica por seu comportamento epidemiológico de crescente prevalência e mortalidade. Atualmente, em âmbito mundial, a DPOC constitui a quarta causa mais frequente de mortalidade e, diferentemente das outras causas, não se observa tendência de estabilização desse comportamento epidemiológico. Essa patologia tem história natural de progressiva piora na função pulmonar e na frequência de sintomas respiratórios, com prejuízos da qualidade de vida e restrição da autonomia dos pacientes. A deterioração gradual típica da doença pode ser entremeada por períodos de piora aguda, clínica e funcional, conhecidos como episódios de exacerbação do DPOC, que podem determinar aumento do trabalho respiratório e falência respiratória, com necessidade da instituição de suporte ventilatório e internação em Unidade de Tratamento Intensivo (UTI). **Objetivo:** Descrever sobre a epidemiologia da DPOC, suas consequências e apresentar estudo de caso. **Metodologia:** Pesquisa bibliográfica, na qual foram pesquisadas bases de dados, como Scielo e *Pubmed*. Na avaliação, paciente J.B, 63 anos, sexo masculino, internado em UTI em hospital de uma cidade do interior do Rio Grande do Sul, apresentava os seguintes sinais vitais iniciais (SVI): Frequência Cardíaca: 99bpm, Frequência Respiratória: 20irpm, Pressão Arterial: 111/64mmHg, Saturação O<sub>2</sub>: 87%; e ausculta pulmonar inicial (API) - murmúrio vesicular (MV) diminuído em ápices pulmonares e ruídos adventícios (RA) - roncos em bases pulmonares. Observaram-se, também: utilização de musculatura acessória durante a respiração; tosse ineficaz; secreção mucopurulenta em grande quantidade na aspiração; raio X demonstrou infiltrados e secreções em bases pulmonares. A conduta adotada para reabilitação foi a elevação da cabeceira do leito em 45°, alongamento passivo (flexores, extensores, rotadores, dorsi e plantiflexores) de membros inferiores (MM II), e (flexores, extensores, adutores, abdutores, rotadores) de membros superiores (MM SS), exercícios metabólicos em membros superiores e inferiores, exercícios passivos globais, manobra de vibrocompressão torácica bilateralmente, direcionamento de fluxo. **Resultados:** A partir da realização das condutas fisioterapêuticas, observou-se melhora na SatO<sub>2</sub>, estando os sinais vitais finais (SVF) em 94%, manutenção da amplitude de movimento (ADM), facilitação das trocas gasosas, com a redução de secreção nas vias aéreas. Destaca-se ainda a participação interdisciplinar, envolvendo médicos, enfermeiros, nutricionistas, fisioterapeutas, psicólogos e técnicos de enfermagem para dar o suporte necessário ao paciente, pois o prognóstico para a doença não é favorável. **Conclusão:** A atuação fisioterapêutica minimiza os efeitos da imobilidade ao leito, melhora as trocas gasosas, facilita a higiene brônquica, aumenta a capacidade respiratória, mantém a amplitude de movimento, prevenindo deformidades e encurtamentos musculares, e acelera o processo de retorno às atividades de vida diária (AVDs).

**Palavras-chave:** DPOC. Fisioterapia. UTI.

## REFERÊNCIAS

PIMENTEL, Mariângela et al. Características de pacientes com DPOC internados em UTI de um hospital de referência para doenças respiratórias no Brasil. *J Bras neumol*, 2011;37(2):217-222. Acessado <http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v37n2/v37n2a12> em 06, Nov, 2014.

93 Acadêmico do curso de Fisioterapia da Univates.

94 Supervisora de estágios do curso de Fisioterapia da Univates.

95 Supervisor de estágios do curso de Fisioterapia da Univates.



# FISIOTERAPIA HOSPITALAR NA INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA: UM RELATO DE CASO

Diuli Bohn dos Santos<sup>96</sup>, Vanessa Cezar da Silva<sup>97</sup>, Caroline Pilz<sup>98</sup>, Alessandra Kerkhoff<sup>99</sup>, Lucas Capalonga<sup>100</sup>

**Contextualização:** O conceito de insuficiência respiratória compreende a dificuldade encontrada pelo Sistema Respiratório em desempenhar adequadamente sua principal função, a promoção das trocas gasosas. **Objetivo:** Descrever o processo de tratamento fisioterapêutico de um paciente do sexo masculino, 60 anos, internado em uma instituição hospitalar por insuficiência respiratória, decorrente de doença pulmonar obstrutiva crônica, com histórico de tabagismo. **Metodologia:** Trabalho de intervenção fisioterapêutica, realizado por alunos da disciplina de Estágio Supervisionado em Fisioterapia Hospitalar, do nono semestre, do curso de Fisioterapia/Univates. Em 17/09/2014, o paciente FMS foi avaliado na Unidade de Tratamento Intensivo de uma instituição hospitalar do interior do Rio Grande do Sul, estando ele em ventilação mecânica invasiva. Técnicas elencadas: vibrocompressão; compressão torácica; inspiração suave e expiração forçada; manobras de redirecionamento de fluxo associada ao Farley Campos; exercícios metabólicos; exercícios resistidos para incrementar força de membros superiores e inferiores; e exercício aeróbico. **Resultados:** No decorrer das 12 sessões de fisioterapia, pode-se constatar que o paciente passou de ventilação mecânica invasiva para não invasiva (CPAP), evoluindo para Ayre diminuindo-se a oferta de oxigênio. Após 12 dias, F.M.S. recebeu alta da Unidade de Terapia Intensiva, mantendo-se a oxigenoterapia por meio dos óculos nasal a 2l de O<sub>2</sub>. Ao completar dezenove dias de internação, paciente apresentou diminuição da secreção pulmonar e melhora dos sintomas. **Conclusão:** A atuação do fisioterapeuta em caso de insuficiência respiratória tem função determinante na recuperação do paciente quanto a melhora nas trocas gasosas, ao auxílio na eliminação de secreções e na manutenção da força muscular, proporcionando um incremento na capacidade funcional.

**Palavras-chave:** Insuficiência respiratória. Fisioterapia.

## REFERÊNCIAS

PÁDUA, AI, et al.: Insuficiência Respiratória. *Medicina*, Ribeirão Preto, 36: 205-213, abr./dez. 2003

96 Acadêmica do curso de Fisioterapia da Univates.

97 Acadêmica do curso de Fisioterapia da Univates.

98 Acadêmica do curso de Fisioterapia da Univates.

99 Supervisora de estágios do curso de Fisioterapia da Univates.

100 Supervisor de estágios do curso de Fisioterapia da Univates.

# ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO HOSPITALAR EM PACIENTE COM DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA

Tais Brugnera<sup>101</sup>, Alessandra Kerkhoff<sup>102</sup>

**Contextualização:** A doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) caracteriza-se pela presença de obstrução ou limitação crônica do fluxo aéreo, apresentando progressão lenta e irreversível. Ela gera a hiperinsuflação pulmonar, colocando os músculos inspiratórios em desvantagem mecânica, levando à fraqueza dos pacientes e fazendo com que os músculos acessórios da inspiração sejam recrutados. Desse modo, a DPOC contribui para a limitação da capacidade física do paciente e para o declínio da condição de saúde. **Objetivo:** Descrever o processo de avaliação e tratamento de um indivíduo de 62 anos de idade, portador de DPOC. **Metodologia:** O paciente recebeu atendimento fisioterapêutico diário no Hospital de Estrela durante cerca de duas semanas no semestre A/2014, por meio do Estágio Supervisionado Hospitalar do curso de Fisioterapia da Univates. **Resultados:** Na avaliação foi possível constatar as dificuldades impostas pela doença, como: abdômen globoso, utilização da musculatura acessória para respirar, tosse produtiva com expectoração, respiração em ritmo taquipneico e mobilidade e expansibilidade torácicas diminuídas. Para o tratamento foram utilizadas técnicas de direcionamento de fluxo, terapia expiratória manual passiva, freio labial, tosse induzida, compressão expiratória manual, exercícios ativos e ativo-assistidos, exercícios passivos, alongamentos e exercícios metabólicos. **Conclusão:** A importância do tratamento fisioterapêutico hospitalar para o bem-estar do paciente e também para o estudante, visto que as atividades práticas com pacientes são de fundamental importância na formação e qualificação dos acadêmicos de Fisioterapia.

**Palavras-chave:** Fisioterapia. Doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC).

## REFERÊNCIAS

- KUNIKOSHITA, L. N., SILVA, Y. P., SILVA, T. L. P., COSTA, D., EJAMAMI, M. Efeitos de três programas de fisioterapia respiratória (PFR) em portadores de DPOC. *Revista Brasileira Fisioterapia*. São Carlos, v. 10, n. 4, p. 449-455, out./dez. 2006. Disponível em: Acesso em 18 de outubro de 2014.
- LANGER, D et al. Guia para prática clínica: fisioterapia em pacientes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC). *Revista Brasileira Fisioterapia*, São Carlos, v. 13, n. 3, p. 183-204, mai./jun. 2009. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-35552009000300002&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-35552009000300002&script=sci_arttext) > Acesso em: 18 out. 2014.

101 Acadêmica do curso de Fisioterapia da Univates.

102 Supervisora de estágios do curso de Fisioterapia da Univates.

# ACÇÕES FISIOTERAPÊUTICAS DIRECIONADAS AO PROCESSO DE REABILITAÇÃO DE PACIENTE COM AVE NO ÂMBITO HOSPITALAR-RELATO DE CASO.

*Débora Juchum<sup>103</sup>, Eliana Biasibetti<sup>104</sup>, Lisene Radaelli<sup>105</sup>, Simone Ely Weizenmann<sup>106</sup>, Lucas Capalonga<sup>107</sup>*

**Introdução:** O acidente vascular encefálico (AVE) é uma condição incapacitante e muitos indivíduos permanecem dependentes por meses, por anos ou por toda a vida após a lesão. Esses indivíduos geralmente apresentam hemiparesia contralateral à lesão e déficits motores. **Objetivo:** Descrever a intervenção fisioterapêutica de uma paciente jovem com diagnóstico de AVE isquêmico internada em um hospital da região do Vale do Taquari/Rio Grande do Sul. **Metodologia:** A intervenção ocorreu durante uma semana de internação. Na avaliação fisioterapêutica, a paciente encontrava-se em ventilação mecânica invasiva (VMI) pressão arterial (PA): 119/75 mmHg, frequência respiratória (FR): 22 irpm, frequência cardíaca (FC): 69 bpm, Saturação de O<sub>2</sub>: 98% e ausculta pulmonar - murmúrio vesicular (MV) diminuído em bases pulmonares bilateralmente sem ruídos adventícios (RA). A paciente apresentava tônus hipotônico com ausência de força muscular e sensibilidade no hemicorpo direito. O tratamento fisioterapêutico foi constituído por manobras respiratórias, objetivando a melhora das trocas gasosas, alongamentos, exercícios passivos, ativo-assistidos e metabólicos de membros superiores e inferiores, para prevenção de encurtamentos musculares, estimulação do retorno venoso e manutenção de força muscular e amplitude de movimento. No último dia de atendimento, a paciente apresentou Pressão Arterial: 110/80 mmHg, Frequência Respiratória: 27 irpm Frequência Cardíaca: 99 bpm e Saturação O<sub>2</sub>: 94%, estando na ausculta pulmonar os MV preservados e RA ausentes. **Conclusão:** Devido ao curto tempo de tratamento e de acordo com a fase aguda da lesão causando hipotonia, não foram observadas mudanças nos resultados da intervenção, porém o tratamento dos pacientes pós-AVE deve ser mantido a longo prazo, buscando reestabelecer os níveis de funcionalidade e prevenindo deformidades decorrentes da doença.

**Palavras-chave:** Acidente vascular encefálico. Reabilitação. Fisioterapia.

## REFERÊNCIAS

POLESE, Janaíne Cunha et al. Estudo de seguimento da função motora de indivíduos pós-acidente vascular encefálico. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 20, n. 3, p. 222-227, 2013. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/fp/v20n3/05.pdf> > Acesso em: 14 out. de 2014.

- 
- 103 Acadêmica do curso de Fisioterapia da Univates.  
104 Acadêmica do curso de Fisioterapia da Univates.  
105 Acadêmica do curso de Fisioterapia da Univates.  
106 Acadêmica do curso de Fisioterapia da Univates.  
107 Supervisor de estágios do curso de Fisioterapia da Univates.

# INTERVENÇÃO FISIOTERAPÊUTICA EM PACIENTE COM DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE CIRROSE HEPÁTICA INTERNADO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA (UTI): RELATO DE CASO

Fabiola Lindemann Ferla<sup>108</sup>, Bruna Marina<sup>109</sup>, Priscila Luisa Simon<sup>110</sup>, Cássia Letícia dos Reis<sup>111</sup>, Alessandra Kerkhoff<sup>112</sup>

**Contextualização:** Cirrose é uma doença crônica caracterizada por fibrose e formação de nódulos no tecido hepático e em casos avançados tem manifestações clínicas associadas que acometem demais sistemas e órgãos do corpo. **Objetivos:** Avaliar e realizar intervenção fisioterapêutica em paciente internado na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de um hospital do Vale do Taquari com diagnóstico clínico de cirrose hepática descompensada, encefalopatia hepática, insuficiência hepato-renal e aneurisma de aorta abdominal. **Métodos:** Foi realizada avaliação do paciente F.P.R., 58 anos, que apresentava Pressão Arterial 99/56 mmHg, Frequência Cardíaca 74 bpm, Frequência Respiratória 14 irpm, Saturação de oxigênio (SpO<sub>2</sub>): 97%, estava em Ayre 2L/min e na gasometria apresentou acidose metabólica. Recebeu intervenção fisioterapêutica a fim de manter amplitude de movimento e força muscular, facilitar o retorno venoso e melhorar a ventilação pulmonar. Foram elencadas condutas fisioterapêuticas que contemplassem esses objetivos, como: alongamentos passivos e exercícios ativo-assistidos em membros superiores e inferiores, exercícios metabólicos, exercícios de inspiração profunda associada à *huffing* e de direcionamento de fluxo. Um dia antes do seu óbito, os sinais vitais apresentavam-se alterados PA 76/48 mmHg, FC 122 bpm, FR 23 irpm, SpO<sub>2</sub> 92%, e acidose metabólica na gasometria, sendo então suspensa a fisioterapia. **Resultados:** Por ser um caso em estado avançado, em poucos dias o paciente teve progressão de sua doença, evoluindo para choque séptico e óbito. **Conclusão:** A fisioterapia é realizada com o objetivo de prevenir os efeitos deletérios da imobilização no leito, por meio da mobilização precoce e para melhorar os parâmetros ventilatórios e as trocas gasosas.

**Palavras-chave:** Fisioterapia. Unidade de Terapia intensiva. Cirrose hepática.

- 
- 108 Acadêmica do curso de Fisioterapia da Univates.  
109 Acadêmica do curso de Fisioterapia da Univates.  
110 Acadêmica do curso de Fisioterapia da Univates.  
111 Acadêmica do curso de Fisioterapia da Univates.  
112 Supervisora de estágios do curso de Fisioterapia da Univates.

**ATUAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA  
NOS PROCESSOS DE  
REABILITAÇÃO**

# TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO NA DOENÇA DE PARKINSON: RELATO DE CASO

*Desiree Fontanive Caye<sup>113</sup>, José Augusto Kist<sup>114</sup>*

**Contextualização:** A doença de Parkinson (DP) é uma patologia neurológica crônica degenerativa do sistema nervoso central que acomete os gânglios da base, cujos principais sinais clínicos são: tremor, rigidez e bradicinesia. A fisioterapia é importante, ajudando a retardar ou impedir a perda das habilidades gerais e a invalidez do paciente. **Objetivo:** Relatar o tratamento fisioterapêutico e seus resultados após cinco semanas de atendimento a um indivíduo portador de DP. **Metodologia:** No primeiro atendimento foram realizadas anamnese e avaliação física do paciente. No último atendimento foi realizado o fechamento da sua evolução. O tratamento baseou-se em aumentar a força muscular e o equilíbrio de tronco, melhorar a capacidade respiratória, prevenir contraturas e deformidades, estimular a mímica facial, restaurar a motricidade fina e melhorar o equilíbrio estático e dinâmico. As condutas realizadas foram: exercícios com resistência da banda elástica para fortalecer tibial anterior, isquiotibiais, quadríceps e tríceps sural; exercícios com rotação de tronco utilizando um bastão; exercícios de inspiração profunda; exercícios abdominais; alongamentos passivos e ativo-assistidos; exercícios de frente para o espelho exercitando a face; manuseio de objetos delicados, treino de marcha com obstáculos e passadas longas. **Resultados:** Após os atendimentos, o paciente apresentou aumento de força muscular de tronco, conseguindo permanecer em sedestação sem apoio, realizando os exercícios nessa posição. Ainda, apresentou melhora na independência, sentando e levantando da cadeira sem o auxílio da terapeuta, o que antes não conseguia. **Conclusão:** Foi constatada a importância do tratamento fisioterapêutico, sendo de grande valia a continuidade dos atendimentos para maiores ganhos do paciente.

**Palavras-chave:** Doença de Parkinson. Invalidez. Fisioterapia.

## REFERÊNCIAS

CHRISTOFOLETTI, Gustavo; FREITAS, Rosana Tannus; CÂNDIDO, Evandro Rocha; CARDOSO, Clariany Soares. Eficácia de tratamento fisioterapêutico no equilíbrio estático e dinâmico de pacientes com doença de Parkinson. **Fisioterapia e Pesquisa**, São Paulo, v.17, n.3, p.259-63, jul/set. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/fp/v17n3/13.pdf>. Acesso em: 21 out. 2014.

113 Acadêmica do curso de Fisioterapia da Univates.

114 Supervisor de estágios do curso de Fisioterapia da Univates.

# ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NA REABILITAÇÃO DE ENTORSE DE TORNOZELO

*Claudia R Pretto<sup>115</sup>, Maiquel Dahmer<sup>116</sup>*

**Contextualização:** O entorse é um movimento violento, com estiramento ou ruptura de ligamentos de uma articulação, sendo o entorse de tornozelo uma das lesões osteoarticulares frequentemente encontradas na população ativa, que geralmente envolve lesão dos ligamentos laterais. **Objetivo:** Descrever o processo de avaliação e tratamento de uma paciente com entorse de tornozelo direito. **Metodologia:** Na avaliação realizada no dia 29 de setembro de 2014, observaram-se, além da queixa algica, edema, limitação na Amplitude de Movimento (ADM) articular do segmento lesionado para os movimentos de plantiflexão, dorsiflexão, eversão e inversão. Para o tratamento fisioterapêutico elencaram-se como objetivos diminuir a dor e o edema, melhorar a mobilidade articular no tornozelo direito e obter o ganho de força de tibial anterior, gastrocnêmios, eversores e inversores. Foram utilizadas técnicas de mobilizações passivas de deslizamento, eletroterapia para diminuir queixa algica e fortalecimento ativo para os movimentos de plantiflexão e dorsiflexão. **Resultados:** Após oito sessões de Fisioterapia realizadas, por meio de avaliação visual, pode-se constatar diminuição significativa de edema e melhora da ADM de tornozelo esquerdo, sendo que a paciente apresentou amplitudes normais quando comparado com o tornozelo direito. Para quantificar o grau de dor, utilizou-se a escala visiológica da dor (EVA), em que a paciente apresentou diminuição da queixa algica do primeiro ao último atendimento. **Conclusão:** Verifica-se que é de extrema importância a realização da fisioterapia em lesões de entorse de tornozelo e sendo o tratamento realizado precocemente, maiores são as chances de obter sucesso na recuperação total do paciente.

**Palavras-chave:** Fisioterapia. Tornozelo. Reabilitação.

## REFERÊNCIAS

RODRIGUES, F. L.; WAISBERG. G.: Diretrizes em foco: entorse de tornozelo, **Rev Assoc Med Bras.** 2009.

115 Acadêmica do curso de Fisioterapia da Univates.

116 Supervisor de Estágios do curso de Fisioterapia da Univates.

# EFEITOS DA MASSAGEM RÁPIDA NA DOR DE FUNCIONÁRIOS AUXILIARES ADMINISTRATIVOS DE UMA EMPRESA DO VALE DO TAQUARI

*Priscila Luísa Simon<sup>117</sup>, Eduardo Sehnem<sup>118</sup>*

**Contextualização:** Massagem é o conjunto de manipulações sistemáticas e científicas dos tecidos corporais, tendo a maior parte dos seus movimentos como efeitos terapêuticos o alívio da tensão muscular e a melhora da circulação sanguínea. **Objetivo:** Avaliar os efeitos da massagem rápida na dor em auxiliares administrativos. **Métodos:** O estudo será desenvolvido com auxiliares administrativos de uma empresa de distribuição de energia. Foi utilizado como instrumento de avaliação o Diagrama de Corlett, uma avaliação subjetiva do desconforto/dor percebido pelo trabalhador, cujo objetivo é mapear o desenvolvimento de desconforto, por meio do diagrama do corpo humano dividido em regiões corporais. Foram realizadas técnicas de massagem (compressão, fricção, pinçamento, pressão mantida, amassamento e percussão) na coluna cervical e dorsal, na cadeira de *Quick Massage*, duas vezes por semana, com duração de 15 minutos cada sessão, por cinco semanas. Para a análise estatística foi utilizado o teste T Pareadas, sendo adotado o nível de significância de  $p < 0,05$ .

**Palavras-chave:** Massagem. Dor muscular. Circulação sanguínea.

---

117 Acadêmica do curso de Fisioterapia da Univates.

118 Supervisor de estágios do curso de Fisioterapia da Univates.



# PREVENÇÃO DE QUEDAS EM INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS

Ana Rafaela Mattes<sup>119</sup>, Débora Kayser Mertens de Quadros<sup>120</sup>, Lydia Christmann Espindola Koetz<sup>121</sup>

## UNIVATES

**Contextualização:** Considera-se idosa a pessoa com 60 anos ou mais, que tem experiência de vida, direitos e/ou cuidados específicos que devem ser respeitados. Ser idoso depende de um estado de espírito, porém não isenta a pessoa do processo de envelhecimento fisiológico. Queda é o deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial com incapacidade de correção em tempo hábil, determinado por circunstâncias multifatoriais comprometendo a estabilidade. **Objetivo:** Descrever a atenção fisioterapêutica na saúde do idoso na prevenção de quedas em uma Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI). **Métodos:** Estudo qualitativo e observacional e longitudinal, realizado a partir da inserção em uma ILPI de um município no interior do Rio Grande do Sul. Com base nas indicações de cuidados ambientais em ILPI, os ambientes foram observados, a fim de identificar possibilidades de intervenção para a prevenção de quedas no ambiente da instituição. **Resultados:** O profissional fisioterapeuta pode atuar de várias maneiras na saúde do idoso, não apenas na reabilitação de doenças. Na ILPI o fisioterapeuta está apto a atuar na atenção primária, secundária e terciária, tanto no atendimento individual como também com grupos de atividades. As alterações no ambiente indicadas a partir da observação foram retirar os tapetes; sinalizar degraus ou desnível das escadas ou calçadas. **Conclusão:** Destaca-se que o ambiente observado se encontra adequado em relação a corrimãos nos corredores e barras de apoio nos banheiros.

**Palavras-chave:** Massagem. Dor muscular. Circulação sanguínea.

## REFERÊNCIAS

BUKSMAN, S.: **Quedas em Idosos: Prevenção**. Projeto Diretrizes, Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina, 2008. Disponível em: < [http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto\\_diretrizes/082.pdf](http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/082.pdf)> Acesso em: 12 out. 2014.

GASPAROTTO, L. P. R., et al.: As quedas no cenário da velhice: conceitos básicos e atualidades da pesquisa em saúde. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v17n1/1809-9823-rbgg-17-01-00201.pdf>> Acesso em: 12 out. 2014

PAULA, F. de Lima: **Envelhecimento e quedas de idosos**. Rio de Janeiro: Apicuri, 2010.

119 Acadêmica do curso de Fisioterapia da Univates.

120 Acadêmica do curso de Fisioterapia da Univates.

121 Docente do curso de Fisioterapia da Univates.

# GAMETERAPIA COMO FERRAMENTA DE REABILITAÇÃO NO ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO

Laura Bastianel<sup>122</sup>, Fernanda Bernardon<sup>123</sup>, Vanessa de C. Cezar da Silva<sup>124</sup>, Melissa Mottin Ghisleni<sup>125</sup>

**Contextualização:** A realidade virtual em tratamentos de fisioterapia, chamada de gameterapia, é um recurso que está ganhando espaço crescente nos atendimentos fisioterapêuticos. O acidente vascular encefálico (AVE) é a mais comum e devastadora doença que afeta o Sistema Nervoso Central, sendo o déficit de equilíbrio, resultante da diminuição de mobilidade de tronco, um de seus comprometimentos característicos. A estabilometria é um teste que permite detectar mínimas variações de amplitude e frequência do deslocamento do centro de gravidade do corpo, quantificando, assim, o equilíbrio corporal. O teste Timed up and Go avalia a mobilidade funcional do indivíduo ao requerer as tarefas de levantar, caminhar, girar e sentar. **Objetivo:** Avaliar o efeito da gameterapia no equilíbrio estático e na mobilidade funcional de pessoas com hemiparesia pós-AVE. **Métodos:** Participarão do estudo duas pessoas com 53 anos de idade e dois anos de lesão encefálica por AVE isquêmico, uma do sexo masculino e outra do feminino. Serão realizadas 10 sessões de intervenção com gameterapia com o uso do Xbox Kinect, na frequência de uma sessão por semana, com duração de 30 minutos, precedidas por 15 minutos de técnicas de adequação de tônus muscular. A avaliação será realizada por meio de estabilometria e teste Timed Up and Go aplicados antes e após as 10 sessões. **Resultados esperados:** Após as dez sessões de fisioterapia utilizando o recurso da gameterapia, espera-se que haja melhora no equilíbrio estático e na mobilidade dos pacientes, de forma a beneficiar os deslocamentos e as posturas em ortostase.

**Palavras-chave:** Reabilitação. Equilíbrio postural. Acidente vascular encefálico.

## REFERÊNCIAS

BASTOS, A. G. D.; LIMA, M. A. de; OLIVEIRA, L. F. de.: Avaliação de pacientes com queixa de tontura e eletroneistagmografia normal por meio da estabilometria. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**, Rio de Janeiro, v. 71, n. 3, p. 305310, 2005.

BRETAN, O.; SILVA JUNIOR, J. E.; RIBEIRO, O. R.; CORRENTE, J. E.: Risco de queda em idosos da comunidade: avaliação com o teste Timed up and go. **Brazilian Journal of Otorhinolaryngology**, Rio de Janeiro, v. 79, n. 1, p. 1821, 2013.

POMPEU, S.; POMPEU, J.; ROSA, M.; SILVA, M. da: Correlação entre função motora, equilíbrio e força respiratória pós-Acidente Vascular Cerebral. **Revista Neurociências**, v. 19, n. 4, p. 614-620, 2011.

SHUMWAYCOOK, A.; BRAUER, S.; WOOLLACOTT, M.: Predicting the probability for falls in Communitydwelling older adults using the Timed Up & Go Test. **Physical Therapy**, New York, v. 80, n. 9, p. 896903, 2000.

122 Acadêmica do curso de Fisioterapia da Univates.

123 Acadêmica do curso de Fisioterapia da Univates.

124 Acadêmica do curso de Fisioterapia da Univates.

125 Fisioterapeuta da clínica Escola de Fisioterapia da Univates.



R. Avelino Tallini, 171 | Bairro Universitário | Lajeado | RS | Brasil  
CEP 95900.000 | Cx. Postal 155 | Fone: (51) 3714.7000  
[www.univates.br](http://www.univates.br) | 0800 7 07 08 09